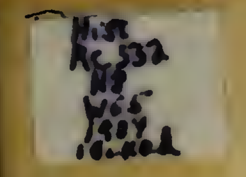


DIE

HYPOCHONDRIE.

VON

PROF. D[R.] R. WOLLENBERG

IN TÜBINGEN.

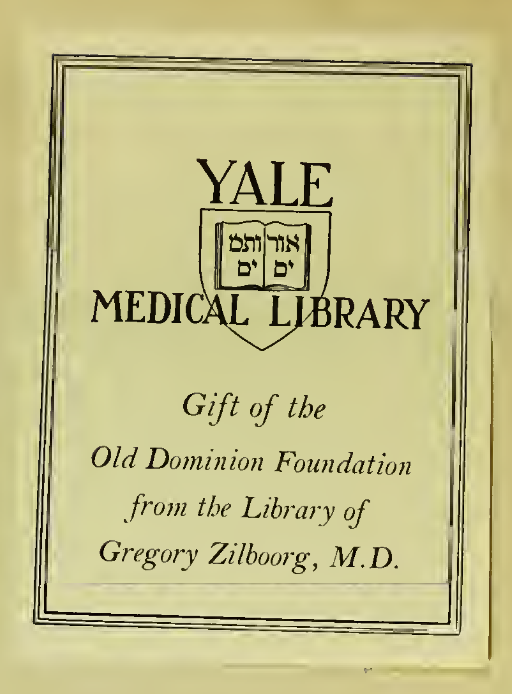


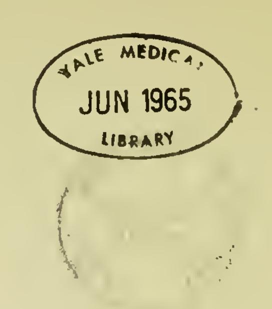
WIEN, 1904.

ALFRED HÖLDER

K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER

I., ROTHENTHURMSTRASSE 13.


YALE
אור ותם
ים ים
MEDICAL LIBRARY
Gift of the
Old Dominion Foundation
from the Library of
Gregory Zilboorg, M.D.


YALE MEDICAL
JUN 1965
LIBRARY

Inhalt.

Seite

I. Einleitung.

Geschichtliches. — Aeltere Literatur. — Präneurasthenische und neurasthenische Entwicklungsperiode der Lehre von der Hypochondrie. — Neuere Ansichten der Autoren. . . . . 1—17

II. Allgemeine Symptomatologie.

Grunderscheinungen der hypochondrischen Zustände. — Zustandsbilder und einige besondere Symptome . . . . 18—31

III. Specielle Formen der hypochondrischen Zustände.

Eintheilungsversuche. — Constitutionelle und accidentelle Hypochondrie. — Casuistik . . . . 32—52

IV. Nosologische Stellung der Hypochondrie, nebst Bemerkungen zur Pathogenese der hypochondrischen Zustände . . . 53—61

V. Therapie der hypochondrischen Zustände . . . . 62—66

I.

Einleitung.

Geschichtliches. — Aeltere Literatur. — Präneurasthenische und neurasthenische Entwicklungsperiode der Lehre von der Hypochondrie. — Neuere Ansichten der Autoren.

Der Krankheitsbegriff der Hypochondrie hat im Laufe der Zeiten verschiedentlich tiefgreifende Wandlungen erfahren. Der Name ist bekanntlich sehr alt. Galenus spricht vom Morbus hypochondriacus bereits wie von einer den Aerzten nicht ungeläufigen Bezeichuung. Dieser Name weist noch deutlicher wie die Synonyma: Morbus mirachialis,[1]) flatuosus oder ructuosus darauf hin, dass man die Krankheit ursprünglich zu Störungen in der Bauchhöhle, insbesondere in der Regio hypochondriaca in nächste Beziehung brachte. Die ältesten Beschreibungen der Krankheit, zu denen wir wohl auch die des Hippokrates rechnen dürfen, wenngleich dieser den Namen Hypochondriasis noch nicht gebraucht, räumen dementsprechend den Magen- und Verdauungsbeschwerden den breitesten Raum ein und erwähnen die Zeichen der psychischen Verstimmung nur mehr beiläufig.

Im übrigen ist hier ein näheres Eingehen auf die älteste Literatur unnötig; denn diese enthält die verschiedenen Neurosen noch nicht gesondert, sondern in einem unentwirrbaren Durcheinander. Ausserdem geht schon aus dem wenigen hier Gesagten hervor, dass der alte Krankheitsbegriff, insoweit man überhaupt von einem solchen reden kann, so gut wie nichts zu thun hat mit dem, was man in neuerer Zeit unter Hypochondrie versteht.

Dies gilt in besonderem Masse von den Anschauungen, die man in früherer Zeit über Sitz und Wesen der Krankheit gehegt hat. Auch diese haben heute nur noch historisches Interesse, insofern sie die in der vornaturwissenschaftlichen Periode der Medicin allgemein herrschende Neigung zu gewagten Theorien widerspiegeln, bei deren mancher es

---

[1]) Von „Mirach“ (arabisch) „Bauch“.

uns heute schwer verständlich erscheint, wie sie dem Erklärungsbedürfnis überhaupt einmal genügen konnten.

Alle diese Theorien, mögen sie nun im Sinne des Galenismus in den irgendwie veränderten „Humores“ des Körpers die proxima causa der Krankheit erblicken oder in den Krankheitserscheinungen lediglich den Ausdruck örtlicher Veränderungen fester Theile, nämlich der dem Verdauungswerk dienenden Bauchorgane sehen, oder aber die Nerven selbst in einer den Anschauungen der Zeit entsprechenden Weise zum Sitz der Krankheit machen, wurzeln in der gleichen mehr äusserlichen Betrachtungsweise, die sich in der Berücksichtigung der körperlichen Krankheitszeichen erschöpfte, die geistigen aber entweder fast unbeachtet liess oder sie zu Folge- und Begleiterscheinungen jener herabdrückte.

Der Aufschwung der Medicin im Anfang des XIX. Jahrhunderts kam zunächst dem Verständnis der leichteren nervösen Störungen, die wir heute als Neurosen und Neuropsychosen bezeichnen, am wenigsten zu statten. Die Gründe hiefür können wir vor allem in dem vorwiegend anatomisch-physiologischen Charakter der neuen Medicin und in der Abneigung gegen die Psychologie sehen, die durch die Naturphilosophie der ersten Hälfte des Jahrhunderts auf lange Zeit discreditirt war.[1])

So wirkten auf diesem Gebiet auch in dem Jahrhundert, das mit Recht das naturwissenschaftliche genannt wird, einstweilen noch die alten Lehren fort. Insbesondere spukte der Humorismus auch dann noch ziemlich lange, als man schon das Nervensystem und das Gehirn als Sitz der Krankheit in Anspruch zu nehmen gelernt hatte. Ebenso suchte noch **Louyer-Villermay**,[2]) der auf dem Boden der Solidarpathologie stehende Autor einer der ersten eingehenden Darstellungen unseres Gegenstandes, den wahren Grund der Krankheit nicht in einer Alteration des Nervensystems selbst, sondern in einer solchen der „Propriétés vitales“ der zur Ernährung in Beziehung stehenden Nerven und leitete in diesem Sinne die Störungen mit Einschluss der psychischen von den Unregelmässigkeiten im Digestionsapparat ab.

Erst um die Mitte des abgelaufenen Jahrhunderts begann man die Bedeutung des psychischen Moments für die Genese hypochondrischer Phänomene klar zu erkennen, und zwar waren es zunächst fast ausschliesslich französische Forscher, die sich schriftstellerisch in diesem Sinne betätigten. Die Arbeiten von Georget, Falret, Barras, Brachet, Dubois (d'Amiens), Michéa sind aus der Literatur jener Zeit besonders

[1]) Vgl. hiezu Möbius, Bemerkungen über Neurasthenie. Neurolog. Beiträge, Heft II. S. 63.

[2]) Louyer-Villermay, Traité des maladies nerveuses ou vapeurs. Paris, 1816.

hervorzuheben.[1]) Wir finden darin klare, den späteren Anschauungen mehr oder weniger nahestehende Darstellungen der damals allseitig als selbständige Krankheitsform angesehenen Hypochondrie. Aber wenn man auch die hypochondrischen Phänomene als psychisch vermittelt erkannte, so gingen doch die Anschauungen über die Art dieser Vermittlung noch weit auseinander. Der physiologischen Betrachtungsweise, welche die Möglichkeit psychischer Störungen ohne entsprechende, wenn auch ihrem Wesen nach unbekannte Veränderungen im psychischen Centralorgan selbst verneinte und demnach solche auch als materielles Substrat der Hypochondrie voraussetzte, stand die metaphysische Anschauung gegenüber, die die betreffenden Phänomene von einer Alteration der immateriellen Seele selbst herleitete.

Dieser Standpunkt kommt am deutlichsten zum Ausdruck in der Theorie von **Dubois,**[2]) welcher die Hypochondrie mit allen ihr zugerechneten körperlichen Störungen lediglich auf eine von der materiellen Beschaffenheit des Gehirnes selbst unabhängige Besonderheit des Denkens („une manière de penser", „une lésion du principe intelligent lui-même") zurückführte. Von nichtfranzösischen Forschern sei ferner **Nolte**[3]) genannt, der die Hypochondrie als „eine Abweichung oder vielmehr eine fehlerhafte Anwendung der intellectuellen Kräfte des Menschen" treffend zu definiren glaubte und in ihr eine besondere Form der Monomanie, charakterisirt „durch eine vorherrschende, bestimmte und ausschliessliche Beschäftigung der Seele mit der anhaltenden und übertriebenen Furcht vor bizarren und imaginären Krankheiten" erblickte.

Anderseits waren es besonders **Georget,**[4]) **Falret,**[5]) **Barras**[6]) und **Brachet,** welche in bestimmter Weise eine Affection des Gehirns für die nothwendige Voraussetzung der in Rede stehenden Störung seiner Function erklärten. Während aber **Georget** und **Falret** der Meinung waren, dass die Hypochondrie eine Gehirnkrankheit im eigentlichsten Sinne sei, indem das **primär** erkraukte Gehirn in entsprechender Weise auf die audereu Organe und ihre Functionen einwirke, nahmen **Barras** und **Brachet** an, dass die Gehirnaffection in der grossen Mehrzahl der Fälle nur **secundär** im Anschluss an anderweitige nervöse Störungeu zu stande komme, die nach

---

[1]) Vgl. zu dem Folgenden besonders: Brachet, Traité complet de l'hypocondrie. Paris und Lyon, 1844.

[2]) M. Dubois (d'Amiens), Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie. Paris, 1833 (nach Brachet, l. c. citirt).

[3]) F. W. Nolte, Die Hypochondrie. Dissertation, Utrecht, 1840.

[4]) Georget, Physiologie du système nerveux. Paris, 1824.

[5]) Falret, De l'hypochondrie et du suicide. Paris, 1822.

[6]) Barras, Traité sur les gastralgies et les entéralgies. Paris, 1829.

Barras' Ansicht solche des Magens, nach Brachet's Auffassung solche allgemeiner Art sein und in deren Verlauf erst mittelbar Veränderungen im Gehirn herbeigeführt werden sollten. Erst mit dieser „Modification hypocondriaque" des Gehirns werde — so meinte Brachet — das Leiden zur Hypochondrie; diese setze sich demnach aus den allgemein nervösen Störungen plus den Erscheinungen der Gehirnaffection zusammen. — Offenbar fehlt nur der Name Neurasthenie für diese primären nervösen Störungen, um Brachet's Auffassung der heute vorherrschenden, später zu besprechenden Ansicht ganz nahe zu bringen.

Indessen verkannte dieser Forscher, dessen eingehende und kritische Darstellung auch heute noch lesenswert ist, keineswegs, dass auch auf dem Wege einer primären Schädigung des Gehirns und seiner Functionen Hypochondrie entstehen, dass diese also eine Psychose im eigentlichen Sinne, „une véritable manie" darstellen könne; alsdann handle es sich aber um besondere, auf constitutionell abnormer Grundlage entstehende Fälle, die ausserhalb der Irrenanstalten die kleine Minderheit bildeten. Dementsprechend finden wir bereits bei Brachet die Unterscheidung verschiedener Formen der Hypochondrie, die er als die **constitutionelle** und die **accidentelle** einander gegenüberstellt, deutlich ausgesprochen und in klinischer Beziehung scharf durchgeführt.

Die Auffassung, dass die Hypochondrie nicht eigentlich als eine Geisteskrankheit, sondern als eine Nervenkrankheit anzusehen sei, sehen wir in dieser „präneurasthenischen Zeit" weiterhin auch darin zum Ausdruck kommen, dass die Krankheit einstweilen nicht sowohl in den Werken über Psychiatrie als in denen über innere Medicin und insbesondere über Nervenkrankheiten Berücksichtigung fand.

Von letzteren ist hier vor allem das Lehrbuch von **Romberg**[1]) zu nennen. Während Brachet[2]) der dargelegten Auffassung gemäss in seiner Definition der Hypochondrie zuerst die körperlichen, nervösen und Organstörungen und erst an zweiter Stelle die „Viciation bizarre" der Function des psychischen Centralorgans nannte, stellt der berühmte deutsche Neurologe die letztere durchaus in den Vordergrund. Er bespricht die Hypochondrie oder „psychische Hyperästhesie" unter den Sensibilitätsneurosen als dritte Unterform der „Hyperästhesien von Erregung der Centralapparate" und definirt sie als „die durch Fixiren des Geistes auf Empfindungen bedingte Erregung und Unterhaltung abnormer Sensationen". Als „hypochondrisches Element" bezeichnet

---

[1]) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1851.

[2]) Die Definition von Brachet (l. c., S. 348) lautet: „L'hypocondrie est une viciation bizarre de la sensation du système nerveux cérébral, de plusieurs actes de la vie organique et des fonctions de l'organe de l'intelligence, relatives à la perception de ces phénomènes et au jugement qu'elle en porte."

er die Steigerung der vorhandenen Empfindungen und die Erregung neuer durch die „Intention der Vorstellungen". Wo keine solche Intention walte, da könne die Hypochondrie nicht keimen. Weiterhin wendet Romberg sich gegen die beliebte Ueberschätzung körperlicher Veränderungen in ihrer Bedeutung für die Entstehung der Hypochondrie. Wenn auch zuzugeben sei, dass insbesondere Störungen in den Digestionsorganen und dem Blutumlauf des Unterleibes dabei als entfernte Momente in Betracht kommen können, so seien jene Störungen doch nicht die Hypochondrie, mögen sie auch noch so sehr von unangenehmen Empfindungen und trauriger Gemüthsstimmung begleitet werden. Hypochondrie sei nur da vorhanden, wo die geistige Intention neue Sensationen schaffe, welche wiederum trophische Alienationen herbeiführen. In demselben Sinne verwirft Romberg die alte Unterscheidung einer Hypochondrie cum und sine materia; die sensiblen Processe seien von Anfang an von vegetativen begleitet, demnach sei eine Materia von Anbeginn vorhanden, diese werde aber meist erst erkannt, wenn sie im weiteren Verlauf und bei Steigerung der Krankheit sicht- und tastbar werde. — Wir begegnen hier der bekannten, übrigens auch von Brachet getheilten früheren Anschauung, dass in den Organen, die längere Zeit die Scene der mannigfaltigen, durch die Intention bestimmten und gesteigerten Empfindungen waren, allmählich materielle Structurveränderungen zu stande kommen.

Was die eigentlich psychiatrische Literatur betrifft, so betrachtete **Esquirol**[1]) die Hypochondrie ebenso wie die Hysterie nur als Vorstufe einer Geisteskrankheit; er beschränkte sich demnach darauf, bei der Besprechung der Melancholie (Lypemanie) die Hypochondrie als einen von dieser durchaus verschiedenen Krankheitszustand zu erwähnen, den er als den Effect von Störungen des Magens und des Digestionsapparates ansah und durch die Neigung zur Uebertreibung der eigenen Leiden und Befürchtung eingebildeter Gefahren für das eigene Leben bei gleichzeitigen dyspeptischen Störungen charakterisirte.

Dagegen behandelte **Griesinger**[2]) die Hypochondrie bei den psychischen Depressionszuständen vor der Melancholie. Die hypochondrischen Zustände stellen nach ihm die mildeste, mässigste Form des Irreseins dar; sie haben mit den anderen Formen der Schwermuth den Classencharakter der niedergeschlagenen, traurigen, depressiven Gemüthsverstimmung, der veränderten Energie des Willens und eines jener Stimmung entsprechenden Deliriums gemein, differiren aber von jenen dadurch, dass bei den hypochondrischen Zuständen die Gemüthsdepression

[1]) Esquirol, Des maladies mentales. 1838, T. I, S. 201.

[2]) Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Auflage, 1876.

aus einem starken, körperlichen Krankheitsgefühl hervorgehe, das die Aufmerksamkeit beständig lebhaft in Anspruch nehme; dass sich deshalb die falschen Urteile fast ausschliesslich auf den Gesundheitszustand des Subjectes beziehen und dieses nun in Besorgnissen eigener schwerer Erkrankung, in ungegründeten und bizarren Ansichten über die Art und Weise und die Gefährlichkeit dieser seiner Krankheit delirire. Mit Rücksicht darauf, dass dabei die äussere Besonnenheit und der logische Zusammenhang der anomalen Empfindungen und Vorstellungen erhalten zu bleiben pflege und eine eigentliche Verstandesverwirrung fehle, erscheine die Hypochondrie wesentlich als schwermüthige „Folie raisonnante".

Im Jahre 1880 fasste **Beard**[1]) seine früheren Arbeiten über Neurasthenie in der bekannten Monographie zusammen, welche, nicht zum wenigsten infolge des sehr glücklich gewählten Namens, das neue Krankheitsbild überraschend schnell populär machte. Beard's Darstellung ist weiterhin bei aller Anerkennung ihrer Vortrefflichkeit einmal mit Rücksicht auf die unkritische Nebeneinanderstellung verschiedenwertiger Symptome, sodann aber besonders deshalb bemängelt worden, weil sie die Neurasthenie als ein in sich abgeschlossenes Krankheitsbild behandelt, ohne ihre Beziehungen zu den anderen functionellen Nerven- oder Geisteskrankheiten gebührend zu berücksichtigen.

Dementsprechend erfuhr Beard's Lehre weiterhin im Einzelnen verschiedene Modificationen. Dabei wurde aber nunmehr der schwer zu umgrenzende und dehnbare Begriff der Neurasthenie vielfach in einer Weise ausgedehnt, die für seine Schärfe und Einheitlichkeit nicht von Nutzen war. Hierauf wird weiter unten zurückzukommen sein.

In der Geschichte der Hypochondrie stellt die Begründung und Popularisirung des Krankheitsbegriffes der Neurasthenie den wichtigsten Markstein dar, von dem ausgehend geradezu eine **präneurasthenische** und eine **neurasthenische** Periode ihrer Entwicklung unterschieden werden kann.

Die **präneurasthenische Periode**, mit der wir uns bis jetzt beschäftigt haben, erhält ihre Signatur durch die ungetheilte Anerkennung der Hypochondrie als einer Krankheit sui generis. Dagegen kennzeichnet sich die **neurasthenische Periode**, der wir uns nunmehr zuwenden, dadurch, dass seitens der ganz überwiegenden Mehrzahl der Forscher

---

[1]) Beard, G. M., A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia), its symptoms, nature, sequences, treatment. New-York, 1880. — Derselbe, American nervousness. New-York, 1881. — Derselbe, Die Nervenschwäche (Neurasthenia). Deutsch von Neisser. Leipzig, 1889. — Die anderen Arbeiten desselben Autors siehe bei Möbius, l. c.

auf eine selbständige Krankheit dieses Namens zu gunsten der Neurasthenie verzichtet wurde; während bisher die Hypochondrie der weitere Begriff gewesen war, der die „nervösen“ Symptome in sich aufnahm, kehrte sich mit dem Aufkommen der Neurasthenie das Verhältnis um; die Hypochondrie wurde der Neurasthenie untergeordnet und einverleibt.

Schon **Beard**[1]) selber hatte die Meinung ausgesprochen, dass die Hypochondrie nichts weiter wäre als eine den anderen „Varietäten krankhafter Furcht“, den sogenannten „Phobien“, gleichstehende grundlose Furcht vor Krankheit, und sie, entsprechend seiner Auffassung der Neurasthenie, dieser als Pathophobie zugerechnet.

R. Arndt[2]) versuchte zwar die Pathophobie als „nicht ganz unbegründete“ Furcht vor Krankheiten von der Hypochondrie abzugrenzen, erblickte aber gleichfalls in der letzteren lediglich ein Cardinalsymptom der Neurasthenie.

Die Aufzählung anderer Vertreter dieser Anschauung kann hier unterbleiben, weil diese, wie gesagt, heute die der überwiegenden Mehrheit ist und dementsprechend auch in den neuen Lehrbüchern der Psychiatrie dominirt. Es genügt deshalb, an dieser Stelle als einzigen Beleg für das Gesagte die Darstellung anzuführen, die **Kraepelin**[3]) in seinem Lehrbuch gibt. Es heisst da in dem Abschnitt über erworbene Neurasthenie bei der Besprechung der hier geäusserten Krankheitsbefürchtungen: auf diese Weise entwickeln sich sehr häufig jene Störungen, die man früher als leichteste Form psychischer Erkrankung mit dem Namen der Hypochondrie bezeichnet, jetzt aber als Theilerscheinung des neurasthenischen Irreseins kennen gelernt habe.

Es wird weiter unten gezeigt werden, dass und inwiefern trotz der gemeinsamen Devise: „Hypochondrie ist nichts weiter als Neurasthenie“ auch im Lager dieser Mehrheit über die nosologische Stellung der erstgenannten Krankheit keine volle innere Uebereinstimmung herrscht.

An dieser Stelle kommt es vor allem darauf an, die Anschauung jener Minderheit kennen zu lernen, welche auch in der neurasthenischen Periode an der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie festgehalten hat.

Gewissermassen im Ausgang der präneurasthenischen Periode steht **Jolly**[4]) mit seiner monographischen Bearbeitung der Hypochondrie aus

---

[1]) Beard, l. c.

[2]) R. Arndt, Die Neurasthenie, ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung vom anatomisch-physiologischen Standpunkt, Wien und Leipzig, 1885.

[3]) Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage.

[4]) Jolly, Hypochondrie, v. Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. XII, Leipzig, 1877.

dem Jahre 1877. Zu dieser Zeit waren die grundlegenden Arbeiten über die Neurasthenie bereits erschienen, die Meinungen über diese aber noch sehr getheilt. Jolly hob nun mit Bestimmtheit hervor, dass bei der Hypochondrie, mit Ausnahme einer relativ kleinen Zahl von Fällen, in denen in der That nur durch die hypochondrischen Vorstellungen nervöse Symptome produciert würden, in der Regel eine mehr oder minder verbreitete Affection des Nervensystems (Reizung und Überreizung durch anhaltende sensible Erregung) als Grundlage anzunehmen sei. Er verkannte also die pathogenetische Bedeutung der Neurasthenie für die Hypochondrie keineswegs, gleichwohl sah er eine concrete Krankheitsform nur in der letzteren. — In klinischer Beziehung sprach er sich dahin aus, dass es sich in der grossen Mehrzahl der Fälle von Hypochondrie um eine chronische Erkrankung handle, deren Dauer viel häufiger nach Jahren als nach Monaten zu berechnen sei und die nicht selten Jahrzehnte hindurch bestehe oder auch die ganze Lebenszeit des Kranken ausfülle; dabei sei ein remittirender Verlauf als charakteristisch zu bezeichnen. Ausserdem trete die Hypochondrie scheinbar ganz acut zuweilen bei solchen Leuten auf, die unter starker erblicher Belastung stehen und deren Denkweise und Gemütsart zeitlebens eine der Krankheit selbst analoge gewesen sei. Schliesslich gebe es auch einzelne Fälle, in welchen man in der That von einem völlig acuten Beginn der Krankheit sprechen könne. — Im einzelnen wird auf Jolly's Ausführungen, insbesondere bezüglich der Pathogenese, unten an gegebener Stelle zurückgekommen werden.

Auch bei **Schüle**[1]) finden wir die Neurasthenie zwar in ihren Beziehungen zu den verschiedenen anderen Psychosen eingehend berücksichtigt, aber noch nicht als eigentliches Krankheitsbild dargestellt, während die Hypochondrie einen verhältnismässig breiten Raum einnimmt. Schüle definirt diese als „eine psychische Neurose auf Grundlage einer Hyperästhesie der Empfindungsnerven einzelner oder aller Organgebiete und mit der Wirkung eines dadurch gesetzten Zwanges auf das gesammte Seelenleben“. Die „psychische Hyperästhesie auf dem Empfindungsgebiet“ sei das Hauptsymptom, aus dem sich alle anderen Störungen ableiten lassen. Im einzelnen beschreibt er das hypochondrische Irresein unter den „Psychosen des invaliden Gehirns“ neben dem epileptischen und dem hysterischen Irresein als eine besondere selbständige Form psychischer Constitutionserkrankung, die mit den beiden letztgenannten zugleich eine besondere Form der geistigen Degenerescenz bilde. Es handle sich bei dem hypochondrischen Irresein immer um eine chronische Krankheit, die

[1]) Schüle, Klinische Psychiatrie, 3. Auflage, Leipzig, 1886.

meist allmählich im Anschluss an einen körperlichen Schwächezustand (Störungen der Verdauung, der Geschlechtsthätigkeit, allgemein nervöse Zustände), aber bei entsprechender neuropsychischer Disposition (peripheres Nervenleiden, Hyperästhesie des psychischen Organs) auch nicht selten acut beginne und für gewöhnlich einen remittirend-exacerbirenden Verlauf nehme. Intercurrente melancholische Zustandsbilder (infolge einer tiefschmerzlichen Rückwirkung auf das Gemütsleben) seien nicht selten, Wahnbildung (spezifischer hypochondrischer Wahnsinn ohne Verfolgungsideen oder aber gewöhnlicher Verfolgungswahn) mit schliesslicher psychischer Schwäche bilden die häufigen Ausgänge. — Daneben lässt aber auch er acute und heilbare Modificationen dieses Krankheitsbildes zu, die wir theils bei der Melancholie (als hypochondrische und masturbatorische Form), theils beim „acuten sensuellen (hallucinatorischen) Wahnsinn“ (als acuten hypochondrischen Wahnsinn) besprochen finden.

Es seien hier ferner die Anschauungen von **C. Westphal, Mendel, E. Hitzig, Krafft-Ebing** sowie die neueste Darstellung **Jolly's** etwas eingehender wiedergegeben.

Zunächst finden sich in **Westphals**[1]) bekanntem Vortrag „Ueber Zwangsvorstellungen“ einige wichtige Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen diesen und der Hypochondrie; für die letztere sei charakteristisch der krankhafte (hypochondrische) subjective Empfindungszustand, die krankhafte Richtung der Vorstellungen auf körperliche Zustände, Verrichtungen und Sensationen, und die Bildung falscher, dadurch bedingter Urtheile und Wahnideen. Zuzugeben sei, dass unter Umständen eine Verwechslung zwischen beiden Zuständen vorkommen könne; einmal nämlich sei der Inhalt der Zwangsvorstellungen oft analog demjenigen der Vorstellungen der Hypochonder; sodann zeigten die Zwangsvorstellungskranken zu einer gewissen Zeit ihres Leidens nicht selten grosse Besorgnisse für ihre geistige Gesundheit und könnten dann wohl als Hypochonder imponiren. Indessen dürfte man aus jener zufälligen Uebereinstimmung im Inhalt der Vorstellungen nicht auf eine Gleichheit des zu grunde liegenden krankhaften Vorganges schliessen; die Zwangsvorstellungen könnten den allerverschiedensten Inhalt haben, den allergleichgiltigsten, gar nicht auf den körperlichen Zustand des Kranken selbst bezüglichen, während die hypochondrischen Vorstellungen ihrem wesentlichen Inhalt nach immer die gleichen seien. Bei dem Hypochonder sei ein primärer krankhafter Empfindungszustand vorhanden, bei dem Zwangsvorstellungskranken nicht. Bei ersterem bilden die hypochondrischen Vorstellungen

[1]) C. Westphal, „Ueber Zwangsvorstellungen“. Vortrag vom 5. März 1877. Berliner klinische Wochenschrift 1877, Nr. 46 und 47; wieder abgedruckt in „Gesammelte Abhandlungen“, Bd. I, S. 393, ff.

einen integrirenden Bestandtheil seines Bewusstseins; dem Bewusstsein des letzteren stehen die (Zwangs-)Vorstellungen fremdartig gegenüber. — Was sodann die oben erwähnten Besorgnisse der Zwangsvorstellungskranken betreffe, so handle es sich dabei um natürliche, aus dem Gefühl des Zwanges erklärliche Befürchtungen. — Auch in seiner Klinik[1]) hob Westphal die primäre krankhafte Veränderung der subjectiven Empfindung als die Grundlage der Hypochondrie hervor, in welcher er im übrigen eine selbständige Krankheit von meist chronischem, zuweilen aber auch acutem Verlaufe sah.

Mendel gab im Jahre 1889 gelegentlich eines Vortrages[2]) eine abgeschlossene Darstellung der „Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht“; in dieser definirte er die Hypochondrie „als eine functionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome Furcht und Angst in bezug auf den Zustand des eigenen Körpers sind“, und reihte sie dementsprechend unter die depressiven Geisteskrankheiten ein. Im einzelnen unterschied er drei Formen: 1. Die einfache Hypochondrie oder auch Nosophobie; diejenige Form, bei welcher lediglich Furcht und Angst vor dauernder Krankheit oder Tod besteht, ohne dass die Kranken augenblicklich bestimmte krankhafte Symptome (abgesehen von gewissen vagen und unbestimmten Empfindungen) angeben können oder indem sie unerhebliche Veränderungen als unheilbare, tödtlich endende Krankheiten betrachten. 2. Die Hypochondrie mit Hallucinationen der Organgefühle. Zu jener Furcht und Angst treten noch Sensationen in den verschiedensten Organen hinzu, welche als Halluzinationen der Organgefühle gedeutet werden müssen. 3. Die schwerste Form, bei der sich neben den Symptomen der ersten und zweiten Form krankhafte Erscheinungen im Gebiet der höheren Sinnesorgane finden; die Kranken sind nicht mehr im stande, die Dinge so zu sehen oder die Sprache, die Töne und Geräusche so zu hören, wie es früher der Fall war; es erscheint ihnen alles verändert. — Jede dieser drei Formen kann allein für sich vorhanden sein und während der ganzen Dauer der Krankheit bestehen. In anderen Fällen entwickelt sich aber allmählich aus der ersten die zweite Form und läuft als solche ab. In selteneren Fällen kommt es zur Entwicklung auch der dritten Form. — In bezug auf den Verlauf unterschied Mendel eine acute oder subacute (accidentelle) Hypochondrie und die chronische (constitutionelle) Hypochondrie. Die letztere stelle eine Krankheit dar, welche ein ganzes Leben mit zahlreichen Remissionen und Exacerbationen

---

[1]) C. Westphal, Klinische Vorlesungen (nicht gedruckt).

[2]) Mendel, Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht, nach einem im Berliner Verein für innere Medicin gehaltenen Vortrage; Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 11.

dauern könne. Sie verlaufe meist im Remissionsstadium unter dem Bilde der einfachen Hypochondrie (Nosophobie), während das Exacerbationsstadium die zweite, auch die dritte der oben unterschiedenen Formen annehme. — Es wird dann von der acuten und subacuten Form der Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht eine eingehende Darstellung gegeben, auf die hier nur eingegangen sei, insoweit Ausbruch, Verlauf und Ausgänge der Krankheit in Betracht kommen: der Ausbruch sei zuweilen plötzlich, meist aber allmählich, der Verlauf meist kein stetiger, sondern ein remittirend-exacerbirender: die Dauer bei den abortiven Formen nur einige Wochen, sonst mindestens Monate, die Ausgänge seien endlich 1. Heilung, 2. Uebergang in eine chronische Form der Hypochondrie, 3. Uebergang in eine andere Geisteskrankheit (Melancholia hypochondriaca, Paranoia hypochondriaca, zuweilen mit terminaler Demenz), 4. der Tod, entweder durch complicirende Krankheiten oder durch Suicidium.

In Uebereinstimmung mit Westphal führte auch **Hitzig**[1]) die Hypochondrie zurück auf eine primäre Empfindungsanomalie, die er als „krankhafte Veränderung der Selbstempfindung" bezeichnete. — In seiner bekannten Monographie „Ueber den Quärulantenwahnsinn" [2]) nimmt dann auch dieser Forscher Gelegenheit, sich, insbesondere der weiter unten erwähnten Auffassung Jolly's gegenüber, über die Beziehung zwischen Zwangsvorstellungen und Hypochondrie zu äussern, wobei er sich wiederum im wesentlichen mit Westphal in Uebereinstimmung befindet und besonders betont, dass das eigentliche Wesen der Zwangsvorstellungen sich von der Hypochondrie unterscheide sowohl durch das Fehlen des hypochondrischen Wahns als auch durch das Fehlen der Ursache des Wahns, nämlich der Veränderung der Selbstempfindung. — An anderer Stelle [3]) finden sich mit Bezug auf die letztere noch folgende bemerkenswerte Ausführungen: Die krankhafte Veränderung der Selbstempfindung sei eines der wesentlichsten Zeichen der meisten Geisteskrankheiten, wie auch der zu diesen in den nächsten Beziehungen stehenden Neurosen. Wenn diese Veränderung der Selbstempfindung wegen der eigenthümlichen Formen, in denen sie wahrgenommen und zum Ausdruck gebracht werde, bei der Hypochondrie besonders in den Vordergrund trete, so sei sie doch in nicht geringerem Grade bei der Melancholie, der Manie, der Paranoia etc. vorhanden. Ueberall seien es die krankhaften Zustände der Hirnrinde, welche die ihr zuströmenden physiologischen Reize zu pathologischen Bewusstseinsvorgängen gestalten. Die melancholische Präcordialangst und das manische Lustgefühl seien

[1]) E. Hitzig, Klinische Vorlesungen (nicht gedruckt).
[2]) Derselbe, Ueber den Quärulantenwahnsinn. Leipzig, 1895. S. 67.
[3]) Derselbe, Der Schwindel. Dieses Handbuch, Bd. XII, 2. S. 84, 85.

in dieser Beziehung von den Gefühlsillusionen des Hypochonders nicht verschieden; aber diese machen sich durch ihre directe Beziehung auf bestimmte Organe als Veränderungen der Selbstempfindung besonders bemerklich. — Endlich enthält die zuerst citirte Monographie[1]) noch das folgende, auch für das Verständnis der uns hier beschäftigenden Vorgänge wichtige Raisonnement: man werde sich den Hergang bei der Entstehung hypochondrischer Wahnideen so vorzustellen haben, dass ein eigenartiger Krankheitsprocess in denjenigen Hirugebieten, in denen die Gefühlsbahnen münden, zu illusionären oder hallucinatorischen Wahrnehmungen mehr weniger unangehmen Inhaltes führe und dass diese Wahrnehmungen nach dem allgemein giltigen Gesetz der excentrischen Empfindung auch dann in die peripheren Ursprungsgebiete jener Gefühlsbahnen projiciert werden, wenn es sich nicht um illusionäre, sondern um rein halluzinatorische Vorgänge handle.

Ebenso wie Schüle fasste **Krafft-Ebing**[2]) in seinem Lehrbuch der Psychiatrie das hypochondrische Irresein mit den entsprechenden Zuständen der Hysterischen und Epileptischen in einer Gruppe zusammen, die er den psychischen Entartungen (Erkrankungszustäuden des krankhaft veranlagten oder invalid gewordenen Gehirns) unterordnet. Bei diesem Autor finden wir aber bereits Neurasthenie und Hypochondrie in einer scharfen differentialdiagnostischen Gegenüberstellung, die auch iu seiner späteren monographischen Bearbeitung der Neurasthenie[3]) aufrecht erhalten und eingehend begründet ist. Hienach lassen sich seine Anschauungen folgendermassen zusammenfassen: Die Hypochondrie ist eine sensible Neurose (Gemeingefühlneurose) mit nie fehlender reactiver Betheiligung der psychischen Sphäre; ihre Grunderscheinung ist eine Hyperästhesie und Depression der Gemeingefühlsempfindung, bestehend in dem Gefühl schweren körperlichen Leidens mit den entsprechenden Wahnvorstellungen. Mit der Neurasthenie hat sie viele Berührungspunkte, insofern jene nicht selten die somatische Grundlage und der Ausgangspunkt für hypochondrische Verstimmung und Wahnbildung wird. An und für sich sind aber beide Zustände schon aus dem Grunde zu trennen, weil es Fälle von Hypochondrie ohne Neurasthenie und von Neurasthenie ohne Hypochondrie gibt, wenn auch zugegeben werden muss, dass der Neurastheniker fast immer nosophobisch ist. Ausserdem sind aber die scheinbar identischen Anomalien

---

[1]) E. Hitzig, l. c., S. 99, 117.

[2]) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Auflage. Stuttgart, 1897; vgl. auch die nachgelassene 7. Auflage dieses Lehrbuches.

[3]) v. Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände. Dieses Handbuch, Bd. XII. 2.

des Fühlens und Vorstellens bei den beiden Krankheitsformen ganz verschieden vermittelt: bei dem Hypochonder sind die abnormen Sensationen secundäre, aus krankhafter Idee entstandene, während beim Neurasthenischen die Sensation das Primäre ist und die krankhafte Idee als mehr oder weniger bewusst angestellter Erklärungsversuch sich erst secundär an jene anschliesst. — Die Hypochondrie kann, wo sie auf nicht belasteter Grundlage entsteht, episodisch, in milder Form jedes Individuum heimsuchen, dessen Gemeingefühl durch körperliche Krankheit gestört ist. Diese gutartigen Fälle sind aber bedeutungslos gegenüber jenen, in denen die Hypochondrie eine constitutionelle, meist in erblicher Belastung wurzelnde Neurose von remittirend-exacerbirendem Charakter ist, die schon von der Pubertät an und oft schon in der Kindheit beginnt und den Lebensgang des Individuums begleitet, um nicht selten ihren Ausgang in schwere Zustände degenerativer Geisteskrankheit zu nehmen. Bei der Hypochondrie ist demgemäss der Wahn Theilerscheinung einer schweren geistigen Störung, weder fremder noch eigener Kritik zugänglich und gewinnt aus diesem Grunde vielfach einen ganz monströsen Inhalt. — Dagegen handelt es sich bei der Neurasthenie nicht um eine Geisteskrankheit im eigentlichen Sinne, sondern nur um eine Neurose oder besser Neuropsychose mit bloss elementaren Störungen; dementsprechend dreht sich der Wahn des Neurasthenischen um blosse Gefahr und täuscht nur episodisch Wirklichkeit der betreffenden Krankheit vor. — Abgesehen von allen differentialdiagnostischen Momenten zwischen Neurasthenie und Hypochondrie ist aber noch die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass es seltene Fälle von Combination der zwei Krankheiten geben dürfte; jedenfalls sind neurasthenische Stigmata und Einzelzüge bei der Hypochondrie keine Seltenheit. Trotzdem dürfen aber beide Krankheiten keinesfalls zusammengeworfen werden.

Seiner neueren Bearbeitung der Hypochondrie (und der Hysterie) hat **Jolly**,[1]) abweichend von der oben erwähnten älteren Darstellung, eine besondere Schilderung der Neurasthenie als des Grundzustandes vorangestellt, dem gegenüber die genannten beiden Neurosen nur höhere Entwicklungsstufen mit besonderer Ausbildung einzelner charakteristischer Krankheitszüge darstellen. Diese charakteristischen Züge sieht Jolly bei der Hypochondrie

[1]) Jolly, Artikel „Neurasthenie", „Hysterie" und „Hypochondrie" in Ebstein-Schwalbe's Handbuch der praktischen Medicin. Stuttgart, 1900.

in der eigenthümlichen Verstimmung und den immer wieder auf die eigenen Empfindungen und Zustände gerichteten Vorstellungen und Befürchtungen. Dadurch werde ein so charakteristisches Krankheitsbild erzeugt, dass es richtig erscheine, dies als ein besonderes festzuhalten. Die Beziehungen zur Neurasthenie werden seiner Auffassung nach vermittelt durch die eigenthümlichen Umbildungen der neurasthenischen Angst und ihre feste Verknüpfung mit bestimmten Vorstellungen: diese „Phobien" bilden den directen Uebergang von der Neurasthenie zur Hypochondrie, unter deren Symptomen wir sie in mannigfachen Combinationen wiederfinden und bei welcher eine specielle Form der Phobie — die Nosophobie oder Krankheitsfurcht — das dominirende und die Krankheit kennzeichnende Symptom werde. — Jolly betont ganz besonders die Häufigkeit mehr oder weniger ausgesprochener, hypochondrischer Erscheinungen bei Kranken, die an diesen Phobien und an den complicirteren Formen von Zwangsvorstellungen, wie Zweifelsucht und Berührungsfurcht leiden, und sieht in diesen geradezu ein Symptom der Hypochondrie und zwar einer durch ihre besondere Hartnäckigkeit ausgezeichneten Form. Dagegen rechnet er die einfacheren Zwangszustände (Fragesucht, Beschreibungssucht, Zahlenzwang) und die impulsiven Zwangsvorstellungen mehr den einfachen Fällen von Neurasthenie zu. — Auf Jolly's Ausführungen wird im übrigen noch unten zurückzukommen sein.

Von Specialarbeiten über Hypochondrie seien endlich noch erwähnt die Aufsätze von **A. Boettiger**[1]) und **Raecke.**[2])

Boettiger geht mit Hitzig u. A. aus von den veränderten Empfindungen des Kranken; diese Veränderung der Selbstempfindung und der Empfindung der Aussenwelt entstehe entweder primär durch krankhafte functionelle Vorgänge in cerebro oder secundär nach irgend welchen abnormen Sensationen in der Peripherie; sie führe infolge ihrer dominirenden Stellung unter den Empfindungen des Kranken überhaupt zu zwangsmässiger Richtung des Vorstellungsinhaltes auf das eigene Ich und unter Vernachlässigung anderer vorher geläufig gewesener Vorstellungsreihen zu abnormer Vorstellungsarmuth; die krankhaften Vorstellungen halten sich in der Grenze des physisch Möglichen. Im besonderen bespricht Boettiger dann die melancholischen Formen der Hypochondrie und die „schwachsinnige" Hypochondrie.

Raecke stellt seinen Schlussfolgerungen den Satz voran, dass die Hypochondrie eine selbständige, in sich abgeschlossene klinische Krankheitsform sei, die sich vorwiegend bei einem ge-

---

[1]) A. Boettiger, Ueber die Hypochondrie. Arch. f. Psych. Bd. XXXI, Heft 1 und 2.

[2]) Raecke, Ueber Hypochondrie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LIX.

schwächten Centralnervensystem — bei Neurasthenie, Hysterie, schwerer erblicher Belastung — entwickle. In der Regel nehme sie einen gesetzmässigen chronischen Verlauf mit häufigen Remissionen und gelegentlichen Exacerbationen. Ob dauernde Heilung möglich sei, erscheine zweifelhaft; niemals trete Demenz ein. Die echte Hypochondrie sei stets eine Hypochondrie „sine materia".

Im Anschlusse hieran führe ich noch aus der neueren Specialliteratur der Neurasthenie die Meinungsäusserungen folgender Autoren an:

v. Hösslin hebt in Müller's Handbuch[1]) die grosse Aehnlichkeit hervor, die zwischen Neurasthenie und Hypochondrie dadurch hervorgerufen werde, dass die beiden Krankheiten eine Reihe von psychischen und somatischen Symptomen gemeinsam haben. Aber schon der eine Umstand, dass der Neurastheniker nicht Hypochonder, nicht einmal Nosophobe sein müsse, verbiete es, die Hypochondrie und die Neurasthenie zusammenzuwerfen, wenn auch häufige Uebergänge zugegeben werden müssen und die Hypochondrie sowohl wie die hypochondrische Verrücktheit sich auf dem Boden der Neurasthenie entwickeln könne.

In ähnlichem Sinne sagt **Müller**:[2]) Die Neurasthenie und Hypochondrie stellen scharf getrennte Symptomencomplexe dar, die zunächst nichts miteinander zu thun haben. Nur wenn man zwei Formen der Hypochondrie annehme, eine heilbare „hypochondrische Disposition" und eine der Psychiatrie im engeren Sinne zuzuweisende eigentliche Hypochondrie, könne man von einem eventuellen Uebergang der Neurasthenie in die Hypochondrie sprechen. Die hypochondrische Disposition, die neurasthenische Veranlagung und die Neurasthenie selbst seien drei Begriffe, die sich unter Umständen schwer auseinander halten lassen, die sicher sehr oft ineinander übergehen und dadurch Mischformen bilden.

Bouveret[3]) betont das seltene Fehlen der Hypochondrie bei Neurasthenikern, scheidet aber gleichfalls diese „neurasthenische Hypochondrie" oder „die hypochondrischen Einbildungen der Neurasthenie" durchaus vom hypochondrischen Irresein, wenn auch die Grenze zwischen beiden Zuständen leicht überschritten werden und der Neurastheniker sich zu einem wirklichen Hypochonder entwickeln könne.

---

[1]) Müller, Handbuch der Neurasthenie. Leipzig, 1893. Abschnitt „Symptomatologie", bearbeitet von Dr. v. Hösslin, S. 102.

[2]) l. c., S. 236.

[3]) Bouveret, Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Deutsch von Dornblüth. Leipzig-Wien, 1893. S. 49 ff.

Löwenfeld[1]) sieht bei seiner Besprechung ab von der hypochondrischen Melancholie und der hypochondrischen Verrücktheit, deren Auffassung keine Schwierigkeiten mache, und spricht sich hinsichtlich der eigentlichen hypochondrischen Psychoneurose, oder Hypochondrie im engeren Sinne, dahin aus, dass die leichteren von den als Hypochondrie zusammengefassten Fällen zweifellos dem Gebiet der Neurasthenie und Hysterie angehören, und dass die „hypochondrische Psychoneurose“ nur da anzuerkennen sei, wo der psychische Factor — die hypochondrische Denk- und Fühlweise — das ganze Krankheitsbild beherrsche. In dem der Diagnose der Hysterie gewidmeten Abschnitt geht Löwenfeld dann noch auf die Unterscheidung der Hysterie von der Hypochondrie ein: Manchem könne diese ein vergebliches Bemühen erscheinen, da bei Hypochondern wie bei Hysterischen durch Vorstellungen somatische Störungen hervorgerufen werden und zahlreiche lediglich central bedingte Beschwerden bestehen. In bezug auf letztere sei in der That zwischen Hypochondrie und Hysterie kein Unterschied, dagegen hinsichtlich der ersteren. Die Vorstellungen, die beim Hypochonder somatische Störungen nach sich ziehen, seien dem Kranken deutlich bewusst und mit Angstgefühlen verknüpft; die Angst vor dem Gelähmtwerden führe Schwäche der Beine, die Angst vor einem Herzschlag Herzpalpitationen etc. herbei. Bei Hysterischen führen dagegen Vorstellungen, die den Kranken nicht zum Bewusstsein kommen, zu somatischen Störungen.

Endlich hebt auch **Binswanger**[2]) die Schwierigkeiten hervor, die sich bei der Unterscheidung zwischen Neurasthenie und Hypochondrie ergeben, da bei der letzteren die Mehrzahl, ja alle neurasthenischen Symptome gelegentlich auftauchen. Man begreife sehr wohl, dass mit dem weiteren Ausbau der Neurasthenie der Krankheitsbegriff der Hypochondrie immer mehr eingeengt worden sei und dass man vielfach die Diagnose der Hypochondrie überhaupt durch die der Neurasthenie ersetzt habe. Er theile indessen diese Bestrebungen nicht; es sei zweifellos, dass die Hypochondrie auf dem Boden der Neurasthenie erwachse und nur eine Weiterentwicklung, eine Verschärfung des Nervenleidens nach der psychischen Seite darstelle. Neben den beiden gemeinschaftlichen Symptomen treten aber bei der Hypochondrie das psychopathologische Symptom der einseitigen excessiven und phantastischen Verarbeitung der pathologischen Empfindungen zu

---

[1]) Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1894.
[2]) Binswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena, 1896.

sogenannten hypochondrischen Wahnvorstellungen sowie die Rückwirkung dieser prädominirenden Vorstellungskreise auf körperliche Vorgänge hinzu.

Die vorstehende Uebersicht ist keineswegs erschöpfend und soll es auch nicht sein. Immerhin dürfte sie genügen, um die Meinungsverschiedenheiten erkennen zu lassen, die auf diesem Gebiete von jeher bestanden haben und, wenngleich in gemilderter Form, noch jetzt bestehen. In Wirklichkeit liegen die Verhältnisse noch complicirter, als es nach der gegebenen Darstellung scheint. Denn, wie schon oben angedeutet wurde, ist die Mehrheit der Forscher, welche die nosologische Selbständigkeit der Hypochondrie verneint, keineswegs in ihrer Gesammtheit bereit, diese restlos in der Neurasthenie[1]) aufgehen zu lassen. Da diese Frage aber mit der Auffassung des Krankheitsbegriffes der letzteren eng zusammenhängt, wird sie, um Wiederholungen zu vermeiden, besser erst in dem der Pathogenese gewidmeten Capitel erörtert werden.

[1]) Das Wort ist hier in dem unten (S. 55) erörterten engeren Sinne gebraucht.

II.

Allgemeine Symptomatologie.

Grunderscheinungen der hypochondrischen Zustände. — Zustandsbilder und einige besondere Symptome.

Wir betrachten hier zunächst die hypochondrischen Zustandsbilder ganz unabhängig von der Frage, ob sich die nosologische Selbständigkeit der Hypochondrie aufrecht erhalten lässt oder nicht. Dabei sehen wir von den hypochondrischen Episoden ab, die mehr als Nebenbefund im Verlauf der verschiedensten Geistesstörungen zur Beobachtung kommen, und berücksichtigen hier nur die Fälle, iu denen gewisse charakteristische Grunderscheinungen dem Krankheitsbilde ein so specifisches Gepräge verleihen, dass die Bezeichnung „Hypochondrie" gerechtfertigt erscheinen könnte.

Diese Grunderscheinungen sind: die „hypochondrisch" veränderte Empfindungsweise, die entsprechende krankhafte Stimmungsanomalie, die eigenartige Richtung und Färbung der Vorstellungen.

Die hypochondrische Empfindungsweise kennzeichnet sich dadurch, dass infolge hier einstweilen nicht weiter zu erörternder centraler krankhafter Vorgänge („Anomalie der subjektiven Sinnesempfindung", Mendel) unter dem erregenden und verstärkenden Einfluss der Vorstellungen objectiv gar nicht oder doch nicht entsprechend begründete Empfindungen entstehen, deren durchaus subjectiver Ursprung schon in den eigenartigen, vielfach den Eindruck der Uebertreibung hervorrufenden Schilderungen der Kranken zu charakteristischem Ausdruck kommt.

Im einzelnen sind diese hypochondrischen Empfindungen und Beschwerden je nach der Art des Falles verschieden und umfassen alle Abstufungen von dem einfachen Gefühl des allgemeinen Unbehagens bis zu den complicirtesten Zustandsänderungen. Die folgenden Beispiele sind einer grösseren Zahl von Beobachtungen entnommen, die zu einem Theil aus der Hallenser Nervenklinik [1]) stammen:

---

[1]) Für die Ueberlassung der betreffenden Krankengeschichten sage ich meinem verehrten früheren Chef und Lehrer, Herrn Geheimrath Hitzig, herzlichen Dank.

Die Kranken klagen über allgemeine Mattigkeit, Zittrigkeit, Schwäche, Steifheit. Es brennt, frisst, kriebelt überall oder nur an bestimmten Stellen. Die Haut spannt sich, zieht sich zusammen, scheint sich zu heben. Es ist innerlich alles wie abgerissen, zu kurz, zu klein. Der Körper scheint zu schwinden, wird „immer weniger, ist schon das reine Gerippe“. Das Rückenmark scheint so dünn wie ein Strohhalm. Im Kopf saust, zuckt, brennt es. Der Schädel dehnt sich aus, will nächstens platzen, es scheinen sich Höhlen und Rinnen an ihm zu bilden; das Gehirn drängt oben hinaus. Die Haare sträuben sich, werden los, drohen auszufallen, scheinen an ungehörigen Stellen neu zu wachsen (eingebildeter Bartwuchs bei Weibern). Das ganze Gesicht ist verstellt, der Mund, der linke Kiefer schief; die Nase zieht sich zusammen, verändert ihre Form und Grösse, die Ohren desgleichen, fallen herunter. Die Augen zucken, rollen nicht mehr richtig, sind „wie wässerig“, sitzen nicht mehr fest, klappern bei Bewegungen. Hören und Sehen sind schlechter geworden. Es sticht und schlägt aus den Ohren, es mangelt an Ohrenschmalz. Die Zunge wird dick, zieht sich tief in den Hals hinein, im Halse zieht sich alles zusammen, das Schlucken ist unmöglich. Beim Sprechen treten unangenehme Sensationen auf. Die Lungen arbeiten nicht richtig, es besteht lebhaftes Erstickungsgefühl. Am Herzen brennt, klemmt, drückt es; das Herz schlägt nicht wie es soll, hört zeitweise gänzlich mit Schlagen auf. Das Blut circulirt nicht richtig, ist zu heiss, eiskalt. Es ist, als liefen in bestimmten „Adern“ Kugeln statt des Blutes: die „Adern“ treten da und dort zu stark, zu schwach hervor. Der Leib ist aufgebläht, verschwollen, so voll uud dick, dass der Kranke sich kaum noch hinsetzen kann. Die Winde sind zu stark, zu schwach, versetzen sich. Im Leibe krabbelt, wirtschaftet, rudert, „cariolt“ es; es ist darin bald nur wie ein Gefühl der Unordnung, bald wie ein wilder Aufruhr, als liefe ein Thier darin herum, wie Kindsbewegungen. Das Gedärme brennt, drängt nach oben, ebenso der Stuhlgang und die Winde. Am After ist alles „wie zu“. Im Magen drückt es beständig, die Speisen bleiben dariu stecken, werden nicht verdaut und in ihrem jeweiligen Zustande deutlich gefühlt. Der Appetit ist zu schwach, zu stark; der Magen nimmt nichts auf. Am Penis, dem Scrotum, in der Vagina, der Gebärmutter, am Damm etc. beisst brennt, juckt, zieht, kriebelt es. Die Glans ist ganz kalt, wie entzündet, das Präputium wie wund, das ganze Organ nicht richtig, das Glied zu schlaff, in Form uud Grösse verändert. Die Gebärmutter hat sich verschoben. Der Urin wird bald als zu heiss bald als zu kalt bezeichnet; er hat eine unrechte Farbe, ungehörige Beimengungen. Der Stuhlgang ist zu hart und zu schwarz oder zu weich und zu hell. Die Schweissabsonderung ist unregelmässig, erfolgt nur bis zum Unterleib herab, nur einseitig, ist mit starkem Kältegefühl verbunden. Die Thräneu sind heiss wie Feuer. Es ist zu viel, zu wenig Speichel vor-

handen. Es finden beständig feine Samenausschwitzungen statt etc. Endlich mit bezug auf die psychische Sphäre: der Kopf ist leer, das Denken unmöglich; das Gedächtnis hat gelitten etc.

An diese durch die mannigfaltigsten, positiven Beschwerden ausgezeichneten Fälle schliesst sich eine andere Reihe von Kranken an, bei denen sich die Klagen vielmehr auf das Fehlen von Empfindungen beziehen; sie geben an, dass sie sich beständig wie im Traum befinden, nur ein Scheinleben führen, sich wie abgestorben, wie Maschinen, wie Automaten vorkommen etc. Zustände dieser Art sind schon von Griesinger[1]) bei der Besprechung der psychischen Anästhesie als „Veränderung der Receptivität" beschrieben und als eine Störung des „geistigen, innerlichsten Actes beim Empfinden" gedeutet worden.

In der späteren Literatur sind sie dann verschiedentlich erwähnt, so bei Schüle,[2]) bei Krafft-Ebing,[3]) der die „mangelhafte Betonung an und für sich richtiger Apperceptionen mit Lust- und Unlustgefühlen" als eine „eigene Art von centraler Empfindungsstörung" bespricht.

Ein besonders charakteristischer Fall dieser Art,[4]) den ich längere Zeit beobachtet und behandelt habe, ist weiter unten ausführlich mitgetheilt. Zwei andere Fälle betrafen gleichfalls weibliche Kranke, von denen die eine neurasthenisch, die andere hysterisch war. Die Klagen beider stimmten ziemlich genau überein: sie hätten keine Empfindung mehr, fühlten sich wie gelähmt, willenlos, wie Automaten; im Kopf sei es ganz leer, dunkel. Ein Schleier, ein Nebel liege über allem. Sie könnten nichts richtig in sich aufnehmen, läsen z. B. nur mit den Augen; könnten sich ihre Angehörigen nicht vorstellen, müssten sich sogar erst besinnen, ob sie solche überhaupt besässen. Es sei ihnen, als hätten sie jahrelang gar nicht gelebt. Sie kennten keine körperlichen Schmerzen, kein Ermüdungsgefühl etc.

Es handelt sich hiebei offenbar um Störungen der höheren Sinneswahrnehmung, wie sie Mendel in seinem oben mitgetheilten Aufsatz als charakteristisch für die dritte schwerste Form der Hypochondrie ansieht und auf thatsächliche pathologische Vorgänge in den Sinnescentren, nicht etwa nur auf falsche Deutungen zurückführt. Diese Kranken nehmen die Aussenwelt verändert wahr, sie sehen die Gegenstände nicht mehr plastisch, sondern flächenhaft, verschleiert, wie schwarz verhängt, entfernt, ihr

---

[1]) Griesinger, Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten. 4. Aufl. S. 84.

[2]) Schüle, Klinische Psychiatrie. S. 284.

[3]) Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände. Dieses Handbuch XII, 2, S. 77, 78.

[4]) Dieser Fall ist bereits von A. Boettiger, desgleichen von Raecke (l. c.) kurz mitgetheilt. Weitere Beispiele siehe auch bei Ersterem.

eigenes Spiegelbild verändert. Auch die anderen Sinneseindrücke erscheinen ihnen matt, verschwommen, entstellt. „Ich kann im Geist nicht schmecken, hören oder riechen,“ klagte eine meiner Kranken, „alle Sinne sind betäubt oder todt.“

Beobachtung 1. Frau von etwa 50 Jahren; Mutter war nervös, erregbar, heftig, soll in jungen Jahren ähnlich, wenn auch lange nicht so ausgesprochen veränderte Selbstempfindung gehabt haben wie Patientin. Mehrere Verwandte der Mutter waren in höherem Alter geistig abnorm.

Patientin selbst litt als junges Mädchen von 16—17 Jahren an sehr schwerer Bleichsucht (konnte vor Mattigkeit nicht von einem Stuhl zum andern kommen, fiel leicht in Ohnmacht); hatte sonst keine Krankheiten. In der Ehe wahrscheinlich specifische Infection (3 Todtgeburten). Das jetzige Leiden soll schon vor der Verheiratung etwa im 20. Lebensjahre über Nacht begonnen haben und jetzt seit 32 Jahren, abgesehen von anfänglichen unvollständigen Besserungen, gleichmässig fortbestehen. Alle angewandten Mittel sind völlig erfolglos geblieben. Patientin beschreibt ihren Zustand selbst folgendermassen: „Ich gehe immer umher wie ganz bewusstlos. Als ob ich ein Automat bin, aufgezogen und functionire, aber gar nichts davon weiss. Ich hätte zu allem grosse Lust, aber ich kann nicht wie ich will und muss; kann mir geistig nichts klar vorstellen, alles wie verschwommen; nichts geistig sehen, hören, kurz alle Sinne, habe gar kein Empfinden von allem! Als ob in meinem Kopfe etwas eingeschlafen ist; kann geistig weder rück- noch vorwärts sehen. Wenn ich denke, als ob die Gedanken verwickelt sind und irgendwo nicht durchkönnen. Alles still, dunkel und todt in meinem Kopf! Als ob ich, wenn ich hin und her gehe oder bei der Arbeit sitze, gar nichts von mir weiss, als ob ich überhaupt gar nicht existire! Wenn ich mich unterhalten will, kann ich gar keine Worte finden, vor meinem Geist ist alles leer und still! (Das kommt aber daher, weil ich keine Vorstellung habe; normale Menschen haben das, was sie erzählen oder hören und denken, ohne dass sie es wissen und wollen, also unwillkürlich vor dem Geist oder Seele.) Mir ist immer, als ob ich tief eingeschlafen oder überhaupt schon todt bin und von der ganzen Welt nichts mehr weiss. Jegliches, was ich thun will, regt mich auf daher, und glaube ich das nicht zu können, weil ich immer im Dunkeln lebe und wie bewusstlos bin, als ob ich irgendwo drin bin, wo ich nicht herauskommen kann und daher im Kopf keine Luft bekommen kann! (Ich mag wohl das, was ich sehe und höre, mit dem Geist nicht fassen?) Wenn ich denke, als ob etwas im Kopf dazwischen oder verstopft ist, wo ich nicht durchkommen kann. Wenn ich die Augen schliesse, als ob zwischen mir und der Welt ein dicker schwarzer Vorhang ist; ebenso mit offenen Augen ist mir alles so komisch, als ob ich es ansehe und höre (alle Sinne), ohne dass ich dabei denke und empfinde. Wenn ich spreche oder zu mir gesprochen wird, als ob ich das gar nicht weiss; ich kann es geistig nicht nachhören, ich kann mir das Gesehene und Gehörte, wenn es weg und verklungen ist, nicht wieder vergegenwärtigen; normale Menschen hören das alles geistig nach, als ob sie es noch sehen und hören, z. B. ich kann mir geistig nicht vorstellen (höchstens ganz verworren), wie die bekannteste Person spricht und aussieht, und so dunkel, dass ich es geistig nicht sehen kann. Selbst die Gegenwart, wenn gesprochen wird, oder das, was ich sehe, ist alles dumpf und klanglos. Sowie das Tageslicht aus ist, ist es noch unerträglicher.

In meinem Kopfe ist alles dunkel, um mich her dann auch noch, als ob ich dann ersticken muss, mag daher auch abends gar nicht auf der Strasse gehen, gehe dann auch viel unsicherer. Die Augen sind mir oft so schwer, dass ich sie nicht offen halten kann, und im Vorkopf fühle ich einen Druck, als ob ich ein Tuch umhabe. Muss doch Fehler im Gehirn sein? Ich kann meinen Zustand gar nicht so schlimm beschreiben, wie er ist und wie er mich quält. Keinen Augenblick habe ich ein klares Bewusstsein und das macht mich so lebensmüde!"

Aus der weiteren Beobachtung sind folgende Aeusserungen bemerkenswerth: Von Anfang an habe sie mehr über die linke als über die rechte Seite zu klagen gehabt; die linke Pupille sei auch von einem Arzt anders befunden als die rechte; ferner sei sie einmal wegen linksseitigen Mittelohrkatarrhs behandelt worden; jetzt concentrire sich ihr Leiden wesentlich auf den linken Stirnhöcker, wo sie sich schon längst gern hätte trepaniren lassen. Sie müsse beständig an ihr Leiden denken. Sie könne im Geist nicht schmecken, hören, riechen, alle Sinne seien betäubt oder todt; deshalb könne sie auch die Krankenhauskost nicht mit ihrer häuslichen vergleichen, da sie sich die letztere nicht im Geist vorstellen könne. Normale Menschen sähen, wie sie sich aus ihrer gesunden Zeit erinnere, alles im Kreis vor sich dicht vor Augen, in ihr sei alles schwarz verhängt und furchtbar in der Ferne. Sie fürchte alle Augenblicke, daß der Faden abreisse und sie gar nichts mehr wisse. Das Sehen thue ihr oft so weh. Sie habe dumpfes Ohrenklingen, als ob es irgendwo nicht durchkönne; fühle sich immer wie im Schlaf, als müsste in ihr etwas aufwachen, sei immer müde. Alles mache solchen nichtssagenden Eindruck auf sie. Wenn sie einmal ein Gefühl im Kopfe habe, so sei es auf der linken Seite an einer bestimmten Stelle. Es sei, als wäre der Kopf mit Tüchern umwickelt „wie ein verwickeltes Knäuel" und als wenn sie dazwischen herausfinden müsste und es nicht könnte; dann bekomme sie immer furchtbare Angst. Sie könne nicht handeln, wie sie wolle, weil sie den Weg nicht sehe etc.

Objektiv: Starrer, wenig wechselnder Gesichtsausdruck; graue Gesichtsfarbe, Pupillenlichtreaction beiderseits, besonders links etwas träge und wenig ausgiebig. Augenhintergrund normal, Gesichtsfeld desgleichen. Nasenseptum fehlt. Patellarreflexe schwach, aber vorhanden. Romberg positiv. Patientin behauptet, nicht zu schmecken und zu riechen, bezeichnet Paraldehyd als geschmack- und geruchlos: Prüfung mit verschiedenen Substanzen ergibt normale Function. Schlaf meist gut, wird aber als unregelmässig geschildert. Vorübergehende, fieberhaft-rheumatische Erkrankung macht keinen Eindruck auf Patientin, dagegen drängt ein anacider Magenkatarrh für einige Zeit den Gedanken an das Leiden zurück. Sie zeigt nur einige Male vorübergehend stärkeren Affect, weil nichts helfe, äussert Taedium vitae. Bringt sonst immer in monotoner Weise, nur manchmal mit Thränen in den Augen, ihre Klagen vor. Beschäftigt sich nur mit ihrem Leiden, das sie für organisch bedingt hält; man werde das nach dem Tode finden. Sie wisse die kranke Stelle. Früher habe sie gedacht, dass das fehlende Nasenseptum ins Gehirn heraufgerutscht sei; habe auch eine Veränderung am linken Trommelfell, derentwegen sie eine Zeitlang specialistisch behandelt sei, in ähnlicher Weise gedeutet. Patientin ist empfindlich, wenn man ihr auseinandersetzt, dass sich ihre Beschwerden psychisch-nervös erklären lassen, fasst dies als Vorwurf auf, dass sie sich alles einbilde, verteidigt ihre Krankheit, betont bei jeder

Gelegenheit, dass durchaus keine Besserung eingetreten sei, obwohl sie weit frischer aussieht und viel mehr leisten kann als im Anfang. In bezug auf ihr Leiden absolut nicht suggerirbar, obwohl leichte, hypnotische Einschläferung gelingt und Aqua schlafmachend wirkt. Verwahrt sich nach jeder Hypnose mit einer gewissen Befriedigung dagegen, geschlafen zu haben.

Es lässt sich leicht verstehen, dass peinliche und fremdartige Sensationen dieser Art nicht nur ein allgemeines körperliches Krankheitsgefühl, sondern auch eine depressive Verstimmung erzeugen, dass die Aufmerksamkeit der Kranken sich immer ausschliesslicher dem Zustande des eigenen Körpers im allgemeinen oder dieses oder jenes Organes im besonderen zuwendet und ihr Denken sich immer mehr auf diesen durch die peinliche Selbstbeobachtung gezogenen Vorstellungskreis einengt.

Dazu kommt bei entsprechend veranlagten Individuen früher oder später und in mehr oder minder ausgesprochener Weise die weitere einseitige und phantastische Verarbeitung der hypochondrischen Empfindungen.

Während diese anfangs in mehr naiver Weise geschildert werden, macht sich weiterhin das krankhaft subjective Element in ihrer Deutung immer mehr bemerkbar. Zunächst werden mit Bezug auf die Art der vermeintlichen Veränderungen nur Befürchtungen, bald aber auch Ueberzeugungen geäussert, an denen die Kranken zwar zeitweise irre werden, aber, zumal in den Zeiten lebhafterer Erregung, unbelehrbar festhalten. Es ist ihnen nun nicht mehr zweifelhaft, dass die beständigen fressenden und kriebelnden Sensationen im Unterleib von der Gebärmutter ausgehen und auf Krebserkrankung beruhen; sie sind sicher, dass sie sich bereits in einem schweren Stadium der Gehirnerweichung befinden, oder dass andere ihnen aus der Literatur und der eigenen Erfahrung bekannte oder auch ganz besondere, noch nie dagewesene krankhafte Veränderungen sich in den betreffenden Organen vollzogen haben.

Indessen gehören die eigentlichen hypochondrischen Wahnvorstellungen — etwa im Sinne der Eintrocknung oder Verflüssigung der Organe, der Anwesenheit von Thieren im Leibe und ähnlicher Absurditäten — den einfachen hypochondrischen Zuständen nicht an; sie weisen vielmehr auf bestehende Complicationen, insbesondere auf Zustände geistiger Schwäche hin. Im Uebrigen handelt es sich auch bei den theilweise recht phantastischen Schilderungen, welche die Kranken von ihren mannigfachen quälenden Empfindungen geben, im Allgemeinen nur um mehr oder minder drastische Vergleiche: das Rückenmark scheint ihnen so dünn „wie“ ein Strohhalm; es ist, „als ob“ ein Bündel im

Leibe, ein Knopf unter dem Gurt sässe, „wie wenn“ die Gedärme nach dem Kopf drängten, Schalen von den Armen und Beinen abfielen, der Körper kürzer oder länger würde etc.

Folgende Selbstschilderungen hypochondrischer Kranker mögen zur Erläuterung des Vorstehenden dienen:

Beobachtung 2. Aus den Tagebuchaufzeichnungen eines hypochondrischen Kranken:

13. November. Beim Ins-Bett-gehen hörte ich Pfeifen im Ohr, wobei ich Furcht bekomme. Nachts bekam ich Anfall, es ging nämlich im Kopf etwas vor sich, ich kann dann mehrere Secunden mich nicht bewegen. Morgens theilweise hartnäckiger Kopf, manchmal ein sehr lästiges, süsses Gefühl beherrscht den Hinterkopf und den Hals. Stumpfwerden des Kopfes, stumpfe und zuckende Schmerzen im Kopfe. Beim Sitzen Zittern der Nerven in den Füssen und Händen. Klopfen in allen Körpertheilen, namentlich in den Beinen, Schenkeln, unter den falschen Rippen, Brennen (brennendes Gefühl) in Händen und Füssen. Der Hals ist bald trocken, bald brennend und bald kratzend und trocken, der Geschmack sauer oder unangenehm, Schleimerzeugung. Das alles wiederholt sich fast jeden Tag, und zwar immer stärker, nur der Anfall kommt nicht alle Tage vor.

16. November. Kein „Anfall“. Trockene und ziemlich kratzende Mundhöhle, unangenehmer Geschmack. Bei Nacht Klopfen (leises) in den Hüften und Oberschenkeln. Heute morgen hatte eine Zeitlang Schmerzen beim Gehen im linken Fussgelenk. Unheimliche Bewegungen am Kopfe. Mangelhafte Verdauung.

19. November. Abends heissen, müden Kopf und Füsse, Klopfen im rechten Oberschenkel. Vor 8 Uhr etwa, beim Gehen, kam ein solcher Schwindel vom Hinterkopfe herrührend, dass ich mehrere Secunden wankte; wenn ich mich nicht an die Wand gelehnt hätte, wäre ich vielleicht auch gefallen. Später wurde der Kopf noch lästiger; im Munde trat ein besonders unangenehmer Geschmack auf. Nachts leichtes Erschüttern der linken Körperhälfte und einzelner Glieder, darunter des Unterkiefers. Seit einiger Zeit habe ich unter der linken Brust beim Ausathmen Bewegungen. Häufiges Klopfen im Oberschenkel und anderen Körpertheilen. Das Klopfen scheint gerade unter der Haut zu sein. Zuckende Schmerzen an den Beinen. Manchmal tritt ein sonderbares Gefühl in den Gaumen ein. Zittern der Nerven in dem linken Fuss bis fast zum Knie. Schleimerzeugung, unheimliche Bewegungen am Kopfe und stumpfe Schmerzen in den Schläfenbeinen.

20. November. Nach einem tiefen Traum bekam ich auf einmal Furcht vor etwas. Da entzündete sich etwas in dem linken Hinterkopf und wurde im ganzen Kopf verbreitet. Einige Secunden konnte ich mich nicht bewegen. Darnach unwillkürliches Bewegen einzelner Glieder, besonders der linken. Jedesmal, wenn das linke Ohr gepfiffen hat, wurde das Gesicht kalt, d. h. die Nerven zitterten augenblicklich, oder bewegte sich unwillkürlich ein Glied. Bewegungen im Unterleib, Magen und Klopfen an den Armgelenken und im linken Schenkel. Dazwischen trat einige Male ein lästiges Gefühl in den Kopf und über den Hals. Ein kaltes Gefühl an einer bestimmten Linie des Vorderkopfes trat einige Male auf. Das unwillkürliche Bewegen einzelner Glieder dauert morgens zeitweise noch fort. Der Kopf ist klar und leicht. Zittern an einzelnen Stellen der linken Hand und am Kinn. Manchmal wird mir das Sprechen beschwerlich. Der Kopf ist lästig.

23. November. Gestern kitzelte es mir am ganzen Leib, besonders an den Beinen. An den Händen hatte ich ganz kleine, rötliche Ausschläge. In Wirklichkeit war mir die Nacht fürchterlich. Abends legte ich mich ins Bett und gleich darauf glaubte ich Furcht zu bekommen. Der Kopf war recht lästig; wollte ich schlafen, so schien mir wieder Anfall zu kommen. Dazu am Kopfe, am Gesicht und überhaupt an einzelnen Stellen des Körpers hatte ich ein saueres Gefühl, ähnlich dem Schmerze, welchen man bei einer Hautverletzung empfindet. Am Gesichte und Vorderkopfe springt immer etwas herum. Stumpfe Schmerzen nur noch am Rande des Kopfes. Schon vom Anfang dieses Leidens hat mit der Abnahme der Schmerzen (im Kopfe und Körper) auch das Gehör und das Wachsthum abgenommen. Je weniger ich im Kopfe Schmerz empfand, desto häufiger wurden die „Anfälle“, desto lästiger und träumerischer die Nächte. Das Klopfen fehlte natürlich nicht dabei, sogar am Gesicht oder an solchen Stellen, von denen ich vorher kein Klopfen zu berichten wusste.

24. November. Bis gestern mittag hatte ich sehr lästigen Kopf, beim Denken wird er heiss. Manchmal Schmerzen in der Mitte des Rückenmarkes. Schon die Empfindungsart dieser Schmerzen lässt ahnen, wie zerstörend sie wirken. Häufige Hitze um den Magen. Nachmittags und bis gegen Abend Beschwerden am Glied und ähnliches Gefühl in der Brust. Nachts ging's im Kopfe wieder einige Male los. Klopfen ist immer dabei sowie das unwillkürliche Bewegen einzelner Glieder. Der Schlaf war träumerisch, wurde nicht unterbrochen. Mangelhafte Verdauung.

27. November. An der Stirne springt etwas herum, Klopfen hinter den Geschlechtsorganen, an den Beinen, unter dem Ende des Brustbeines u. s. f. Erschüttern einzelner Glieder, besonders der linken Hälfte. Das linke Ohr pfiff sehr lange. Ziehen der Schmerzen über das rechte Knie herunter. Der Hals ist trocken, der Geschmack unangenehm, besonders beim Liegen. Meistens war der Kopf heute heiss.

Ich habe auch bemerkt, dass die Fingernägel doppelwüchsig sind, ebenfalls sehr oft die Haut der Hand in kleinen rundlichen Stellen, die weiss aussehen.

2. December. Gestern hatte ich ausser dem s t a r k e n Kitzeln, das ich unter den Füssen fühlte, nichts Besonderes zu berichten. Dagegen ging's nachts mehr als vierzigmal im Hinterkopfe durcheinander, dazwischen bemächtigte sich ein f u r c h t b a r e s A n g s t g e f ü h l des Kopfes für einige Augenblicke. Einmal trat ein abscheuliches Gefühl wie eine Kugel oder lange Linie in den Hals. Der Gaumen war trocken und schmerzend, wie manchmal der Schlund war. Kratzen im Vorderkopfe. An der Stirne springt etwas herum. Klopfen und Träume. Einmal zitterten die Nerven am Nacken und an den Schultern. Beim Elektrisiren schmerzt es mich unter dem Fuss, als wenn ein Stein darin wäre.

3. December. Gestern vormittag und abend Gedanken und Gefühlbeschwerden, der Kopf war lästig, besonders nachmittags. Abends Erschüttern des Kopfes, nachts leichtes Erschüttern einzelner Glieder, Klopfen, sogar in den Fingerenden. Träume. Einmal ging's in der linken Kopfhälfte los. Ueberhaupt geht es mir tagtäglich schlechter.

5. December. Der Hinterkopf und eine gewisse den Hinterkopf umgebende „Schichte“ war gestern zeitweise unwohl, besonders abends. Fast den ganzen Nachmittag klopfte es am linken Siebbein. Es sind fast keine Schmerzen mehr im Kopfe, sondern an einzelnen Stellen Stechen und Kratzen.

Die Nacht brachte ich unruhig zu, da ich in beiden Ohren ein solches Brausen hörte, dass ich im Schlaf mehrmals gestört wurde. Gegen Morgen war's ruhiger. Der Mund ist kahl; der Geschmack ganz unangenehm.

Beobachtung 3. 19jähriger etwas schwachsinniger Mann:

„Im Frühjahr 1891 stellten sich die (scil.: zum Kummer des Kranken eine Zeitlang ausgebliebenen) ‚Winde' wieder ein; dann war es gerade, als wenn sie nicht durchkönnten, und ich hatte so ein Gefühl, als wenn die Winde einmal heiss und einmal kalt wären. Gingen die Winde warm, dann ging der Stuhl auch gut fort; waren die Winde kalt, so war es gerade, als wenn der Stuhlgang angeklebt wäre. Die Empfindungen waren gerade so, als wenn ich einen Knopf unter dem Gurt hätte. Im Jahre 1892 bemerkte ich, wenn ich in Schweiss kam und ich blieb einen Augenblick stehen, dass ich über die Haut eiskalt wurde, und wenn ich trank, war es dasselbe. Im Herbst 1892 bemerkte ich, wenn ich mich bücken that, dass es in der linken Seite kluckerte, und ich hatte auch Beschwerden mit dem Athmen. Pfingsten 1893 bekam ich Thee zu trinken; nach diesem bekam ich einen aufgespannten Leib und nach diesem war es gerade, als wenn das Fleisch mir vom Körper fiel. Dann bekam ich Durchfall und starken kalten Schweiss und zog mich ganz zusammen und stach mich durch den Körper und hatte seit der Zeit Angst und es war mir, als wenn es den Verstand angegriffen hätte. Dann fing es mich auf der linken Brustseite an zu stechen, ich bekam Nasenbluten und hatte einen Druck durch den Körper abwechselnd mit Reissen und wie Wind, und nun ist mir gerade, als wenn mir aus dem Körper etwas genommen wäre und ich hätte kein Gefühl darin. Darmbewegungen habe ich seit Anfang des Leidens nicht viel gehabt."

Beobachtung 4. 32jähriger, constitutionell psychopathischer Mann:

„Ich habe vor 14 Jahren etwas für Verschlag eingenommen von einem Mann, der für Sympathie es macht; ich fühlte in meinem Körper etwas Spannung, auch im Kopfe, doch hatte ich meine Gedanken und Verstand gut. Da hatte mir dann der Mann sagen lassen, es müsste mir geholfen haben, er hätte es gefühlt. Da änderte es sich nun bei mir, es war, als wenn einer etwas losgemacht hätte im Körper und (als wenn) ich mit den Gedanken unter was wäre. Das erste Jahr konnte ich nicht arbeiten, dann habe ich wieder gearbeitet wohl 8 Jahre, doch immer das Losmachen im Körper noch gefühlt, aber nicht brauchen zu beachten. Nun geht das immer noch so fort, es geht aus meinem Körper immer noch was weg und aber auch dadurch von den Gedanken und dem Verstande weg. Ich werde jetzt so schwach, dass ich nicht mehr arbeiten kann; das Losmachen und Weggehen im Körper wie in Gedanken kriegt keinen Stillstand, mein Körper kommt mir jetzt ganz anders vor, halb so stark als wie noch vor einem Jahre; die Welt lernt alle Tage schlechter aussehen, der Körper und die Gedanken werden alle Tage weniger, und das kommt alles daher, dass aus meinem Körper etwas los- und weggeht sowie auch von den Gedanken, und es geht wirklich los und weg, nicht dass es bloss Ideen wären, ich fühle es und habe es schon länger gefühlt, denn es geht immer langsam weg; mit jedem Tage und mit jeder Woche sehe ich es genau, dass was weg ist von meinem Körper und meinen Gedanken. Das Leiden kriegt keinen Stillstand, und wenn es so fortgeht, macht es mich todt — — —."

Beobachtung 5. 60jähriger Mann:

„Ich bin Hypochonder im höchsten Grade, entstanden durch fortwährende Grübeleien, leidenschaftlichen Beischlaf und doch ohne Herzensliebe gegen meine Frau, daher Sehnsucht unbefriedigter Liebe, grossen Aerger und Erkältung. Mein Gemüthszustand ist ganz demolirt, so dass ich im höchsten Grade aufgeregt bin — — — —; ich habe immer eine Angst, als hätte ich die grössten Verbrechen begangen oder die grösste Versäumnis und ein verkehrtes Leben geführt, so dass ich wirklich an Verzweiflungswahn leide. Mein Zustand ist ernstlich, indem ich so confus bin, dass ich oft gar nicht weiss, was ich will. Die Hypochondrie hat mir mein ganzes Gemüthsleben überfallen, so dass alle Ruhe und Seelenfrieden verschwunden ist; sie hat mein Herz getroffen und Athmungsorgane sowie den Unterleib, so dass es den betreffenden Tag war, als wenn vom Herzen hinunter in den Unterleib ein Liter schwere Flüssigkeit gegossen wäre worden, und von da an habe ich immer Angst, Qualen, Aufregung, Unruhe, gänzliche Schlaflosigkeit, Verzweiflung, und es immer abwechselnd auf dem Herzen, der Lunge, dem Unterleib, dem Hals, dem Kopf umherzuziehen scheint. Mein Kopf ist ganz wüste und wie mit halber Finsternis überzogen. Indem ich alles noch so ziemlich weiss, fühle ich mich doch sehr gedankenkrank und mit Sinnesverwirrungsqualen gepeinigt, grosse Schwäche und Zittern der Glieder und grosse Athmungsnoth und heimliche Angst, und noch andere Beschwerden, die ich nicht alle nennen kann, als Stuhlgangsverstopfungs- und Urinbeschwerden, zeitweiliges Fressen an verschiedenen Körperstellen und Gedächtnisschwäche und Schwächeanfälle sind das tägliche Brot. — — — Da ist etwas Ausserordentliches vorgegangen; im Kopf habe ich die fixe Idee, das viele Simpeln, im Herzen die Melancholie und im Unterleib die Hypochondrie. — — Es scheint auch, als wenn Rheumatismus sich mit der Hypochondrie vermengt habe, indem ich gar nichts Kaltes trinken darf . . . . Eines Tages kam ich auf den Einfall, mich vor den Ofen zu setzen und den vermeintlichen Rheumatismus durch Hineinreiben der Hitze zu zertheilen, und habe daher die Krankheit auf die Athmungsnerven getrieben, so dass ich oft vor Athmungsnoth gar nicht weiss, was ich vor Angst anfangen soll, bis eines Tages, Mitte November vorigen Jahres, der Ueberfall auf mein ganzes Gehirn stattgefunden und mir die ganze oben geschilderte schreckliche Krankheit zugezogen habe.“

Beobachtung 6. 38jährige Frau, die sich wegen Gebärmutterblutungen in specialärztlicher Behandlung befunden und sich gut erholt, dann aber eine Aufregung erlitten hatte:

„Da war es, als ob sich das ganze Nervengewebe auflöste, und es lief aus der Mutter wie weisser Fluss und jeden Tag wurde mein Gesicht anders, bis es endlich gelb aussah. So wie mir innerlich das auslief, schwitzte ich von aussen am Körper ab. Da ging ich wieder zu Dr. X., es hörte auf mit dem Auslaufen, nun kam der Brustkasten, meine Schläfen wollten auseinandergehen, Brust und Rücken wollten Luft haben, da senkte sich der Magen von selbst herunter, aber zugleich merkte ich, dass mein linker Unterkiefer sich mit verzog, und seit dieser Zeit habe ich Beschwerden der schlechtesten Art. Eines Tages ging es mir nach dem Kopf, ich wurde so schwach wie ein Kind und es zeigten sich verschiedene Störungen. Nun ist es seit der Zeit, als ob es durch Zuckungen im Brustkasten und Kopf gar nicht ins Gleiche kommen wollte; in der linken Seite kommt es mir manchmal vor, als ob

ein Bündel sitze, was auseinander wollte, aber kann nicht. Ich habe Rucke nach dem Kopf, nach der Brust und dem Rücken, und es will sich nicht theilen, dieses ist aber ganz innerlich; mir kommt es vor, als ob der linke Oberkiefer auch schon etwas verzogen wäre. Im Unterleib auf der linken Seite habe ich auch solche Rucke; dann ist es wieder mal, als ob von der linken Kopfseite so ‚heilende Nervenstrahlen' herunterliefen, ein wohlthuendes Gefühl. Wenn ich an der linken Backe ziehe, so zieht es sich bis zur linken Geschlechtstheilseite, als ob so etwas abheilte und heraus ‚erweitern' wollte. Wenn ich auf den Kopf mit der Hand reibe, so läuft es so wie Abheilen bis in den Geschlechtstheil herunter. Von der linken Kopfseite kommen jetzt auch solche wohlthuende Rucke und dann ein Gefühl, als ob es sich erweitern wollte. Ich habe im Kopf solche Rucke und mir ist, als ob der Kopf sich drehen wollte; der linke Kiefer hat sich gesenkt . . . . In den Füssen habe ich manchmal Zittern und die Zähne klappern."

Je nachdem die oben besprochenen Grunderscheinungen mehr oder weniger ausgesprochen sind, ergeben sich im allgemeinen Verschiedenheiten der einzelnen Fälle. Es gibt alle möglichen Abstufungen zwischen jenen gemeinhin noch nicht als eigentlich krank, sondern nur als schrullenhaft und excentrisch angesehenen Individuen, die durch ihre beständige Krankheitsfurcht zu peinlicher Selbstbeobachtung und pedantischer Lebensführung veranlasst werden, dabei aber keinem anderen als sich selbst lästig fallen, ihren Berufspflichten nachkommen etc., und jenen rücksichtslosen Egoisten, die nur ihrer vermeintlichen Krankheit leben, alle höheren Interessen diesem einen Gesichtspunkt unterordnen, ihren Beruf und ihre Familie vernachlässigen, ihr Einkommen gänzlich für ihre immer wechselnden Heilversuche verbrauchen und, bei aller für die eigene Person in Anspruch genommenen Rücksicht, für die Leiden Anderer keinen Sinn und kein Herz haben.

Die hypochondrischen Empfindungen und Vorstellungen sind vielfach äusserst einförmig und andauernd auf bestimmte Organe, insbesondere auf die des Unterleibs und hier vor Allem des Sexualapparates beschränkt. In anderen Fällen überrascht wiederum die bunte Mannigfaltigkeit der Beschwerden. Dabei tritt der erregende und verstärkende Einfluss, den die Vorstellungen auf diese Empfindungen in so charakteristischer Weise ausüben, oft besonders deutlich zutage. Die Kranken brauchen nur dieses oder jenes Körpergebiet in den Bereich ihrer Selbstbeobachtung zu ziehen, ihre Aufmerksamkeit nur auf irgend ein Organ zu richten, um dieses sofort in der peinlichsten Weise zu „fühlen" Eine von ihnen in dieser Erwartung genommene Mahlzeit, ein Medicament ruft alsbald mit Sicherheit die erwarteten Sensationen hervor. Diese Kranken sind in der That „Virtuosen auf den sensiblen Nerven" im Sinne Romberg's. Dabei ist es charakteristisch, eine wie geringe Rolle schwere

materielle Erkrankungsprocesse meist gegenüber diesen rein ideagenen Sensationen spielen; weder das infolge organischer Veränderungen unregelmässig arbeitende Herz, noch etwa die dem Kranken bekanntgegebene Cataraktentwicklung, oder eine beliebige andere objectiv begründete chronische oder acute Erkrankung übt auf diese Individuen eine entsprechende Wirkung aus, solange sie sich im Banne ihrer Trugwahrnehmungen befinden.

Eine ausgesprochene depressive Verstimmung ist bei den Hypochondern nicht immer vorhanden. Gerade in den Fällen, die wir unten als constitutionelle näher kennen lernen werden, tritt sie oft nur in gelegentlichen Exacerbationen des habituell hypochondrischen Zustandes zutage. Auch sonst zeigt sie vielfach den jeweiligen Aenderungen des subjectiven Empfindungszustandes entsprechende Schwankungen.

Eine häufige Klage der Kranken bezieht sich auf Angstempfindungen, die zu plötzlichen raptusartigen Erregungszuständen von besonderer Heftigkeit und mit rücksichtslosem Drang zur Selbstvernichtung führen können. Eine ausgesprochen psychopathisch veranlagte Krankē meiner Beobachtung, deren früher auf die verschiedensten Körpergebiete bezogene hypochondrische Empfindungen sich neuerdings auf die Zunge localisirt hatten und die Vorstellung unheilbarer schwerer Krankheit unterhielten, versuchte in einem plötzlich auftretenden Zustande heftigster ängstlicher Erregung erst sich und dann eine andere Kranke zu erwürgen, wobei sie schrie: „Ich muss sterben, lasst mich! Ich werde nicht mehr gesund!“

Ausserdem kommen bei hypochondrischen Kranken auch nicht selten Angstempfindungen vor, die an bestimmte Vorstellungen oder Situationen gebunden sind. Auf die Beziehungen dieser psychischen Zwangszustände zur Hypochondrie hat, wie bereits oben (S. 14) erwähnt wurde, insbesondere Jolly hingewiesen.

Abgesehen von solchen vorübergehenden Störungen der Besonnenheit durch heftige Angstaffecte zeigen die Kranken im allgemeinen ein äusserlich geordnetes Verhalten. Viele lassen sich wenigstens zeitweise durch Beschäftigung ablenken, andere sind hingegen infolge der völligen Versunkenheit in ihre krankhaften Gedankengänge und der Gleichgiltigkeit gegen alles, was nicht damit zusammenhängt, zu irgend einer anhaltenden Beschäftigung nicht fähig. Ihre Unterhaltung dreht sich so gut wie ausschliesslich um ihre Krankheit, wobei sie ihre Klagen in logischem Zusammenhang vorbringen, in bezug auf ihre Zuhörerschaft aber meist nicht wählerisch sind.

Infolge der quälenden, vielfach direct als schmerzhaft bezeichneten Sensationen kann es, zumal bei Frauen, zu Zuständen freiwilliger Bewegungslosigkeit („Akinesia algera“ Möbius) kommen. Die

Kranken verfallen schliesslich einer kaum überwindlichen Bettsucht. Diese meist constitutionell psychopathischen Individuen bereiten der Behandlung oft ganz besondere Schwierigkeiten, weil diese ihrer Resignation und Willenlosigkeit gegenüber keine rechte Angriffsfläche findet. (Vergleiche den Abschnitt: Therapie.)

Trotz der beständigen Sorge um das eigene körperliche Wohl überraschen die Hypochonder ihre Umgebung auch ausserhalb der oben erwähnten Angstanfälle nicht so selten durch raffinirte und erfolgreiche Selbstmordversuche. Auch anderweitige Selbstbeschädigungen kommen als directe Folge der quälenden Empfindungen vor; die Kranken verlangen nicht nur allen Ernstes, dass man ihnen den Leib aufschneide, sie trepanire etc., sondern suchen sich unter Umständen selbst in entsprechender Weise zu helfen. So schnitt sich einer meiner Kranken, nachdem er wegen beständiger äusserst qualvoller Empfindungen in den Hoden vergeblich von verschiedenen Aerzten die Castration verlangt hatte, mit seinem Rasiermesser selbst einen Hoden heraus und schloss die Wunde in primitivster Weise durch eine fortlaufende Zwirnnaht.

Innerhalb der körperlichen Sphäre verdienen besondere Berücksichtigung gewisse motorische Erscheinungen, die man wohl auch als „hypochondrische Anfälle“, besser als „psychische Anfälle bei Hypochondrie“ bezeichnet hat. Es handelt sich dabei um mannigfache anfallsartig ausgestossene, krächzende, rülpsende etc. Laute oder auch um zusammengesetzte Bewegungen von willkürlichem Charakter, die ohne Störung des Bewusstseins verlaufen und von den Kranken selbst aus ihren hypochondrischen Empfindungen erklärt werden. Sie finden also ihre normale Analogie in den oft seltsamen Willkürbewegungen, die man etwa mit dem Kopfe, den Schultern etc. macht, um dem Zwang eines zu engen Kragens, Rockes oder dergl. zu entgehen. So hatte eine senil-hypochondrische Kranke meiner Beobachtung, die im Anschluss an thatsächlich bestehende Helminthiasis über massenhafte, von ihr auf die Anwesenheit von Würmern in den Ohren, im Halse, im Kopfe, im ganzen Körper zurückgeführte Parästhesien klagte, anfallsartige Zustände, in denen sie sich den Kopf zusammendrückte, die Finger in die Ohren, den Hals bohrte etc. — Eine andere Kranke, die vor allem über eine sich zeitweise zu qualvollen Beklemmungs- und Erstickungsgefühlen steigernde Empfindung der „Unordnung“ in ihrem Leibe klagte, athmete in derartigen Anfällen schnell und geräuschvoll und liess dabei Reden folgender Art hören: „Die Augen erweitern sich, sie brechen vor, der Raum hat sich ins Unendliche erweitert. Es wogt alles durcheinander in meinem Leibe, das Blut bleibt in der Brust stehen, es reisst mich auseinander. Ich kann kein Auge mehr schliessen, die Arme und Füsse werden kalt, es

fängt an zu spinnen. Das Blut kommt von oben und von unten, es wogt und kocht, es stockt in der Mitte, das Gehirn ist mir wie abgetrennt, es hat keine Verbindung mit unten, und das Herz schlägt doch ziemlich normal, das fühle ich und mir ist so grässlich klar dabei. Der Geschmack im Munde ist schlecht, der Geruch ist auch verdorben, im Magen ist es wie eine Stockung." — Endlich verlief der Anfall bei einem dritten, männlichen Hypochonder folgendermassen: Er lag bei völlig erhaltenem Bewusstsein in rechter Seitenlage im Bett; zeitweilig traten Schüttelbewegungen im rechten Arm und Bein auf. Zwischendurch stützte er sich den Kopf, fuhr sich mit der Hand durch die Haare, kniff sich die Nase oder machte sich mit der Bettdecke zu schaffen; dazu stöhnte er in einem fort: „Ach Gott! jetzt sitzt es wieder da, jetzt wieder im Kopf, jetzt wieder hinten, ich fühle es ganz genau. Und mein Arm, sehen Sie, der wird gelähmt; das merke ich schon. Es ist mir wunderbar, dass ich ihn dabei bewegen kann. Ach na ja, nun geht es ins Bein; na, das wird gut. Das wird gerade wie damals; wenn es nur keinen Schlaganfall gibt."*)

Eine andere Einwirkung der hypochondrischen Empfindungen und Vorstellungen auf die motorische Sphäre äussert sich darin, dass die Kranken zwar im Bette die Beine gut bewegen können, aber sofort zusammenzubrechen drohen und sich nur mit Unterstützung aufrecht erhalten und fortschleppen, wenn man sie auf die Füsse stellt (hypochondrische Astasie und Abasie).

Von sonstigen körperlichen Krankheitserscheinungen, bei denen hier von den zahlreichen der Neurasthenie zuzuzählenden abzusehen ist, kommen Störungen der Sensibilität hier höchstens insofern in Betracht, als zuweilen eine allgemeine Unterempfindlichkeit, als Theilerscheinung der oben besprochenen psychischen Anästhesie beobachtet wird. Im übrigen finden sich Sensibilitätsstörungen nur in den häufigen hysterisch-hypochondrischen Mischformen.

Schlaf und Appetit stehen oft in einem auffälligen Widerspruch mit den lebhaften Klagen und dem ersichtlich schweren Leiden der Kranken; zumal in bezug auf ersteren unterliegen sie oft den schwersten Selbsttäuschungen und machen Angaben, die denen der Umgebung direct zuwiderlaufen.

---

*) Einige weitere Beispiele solcher „Anfälle" habe ich in Charité-Annalen XV., „Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der psychischen Anfälle bei Hypochondrie" beschrieben. — Vgl. ferner: A. Pick „Zur Lehre von den sogenannten hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen". Prager med. Wochenschr. 1899, Nr. 13.

III.

Specielle Formen der hypochondrischen Zustände.

Eintheilungsversuche. — Constitutionelle und accidentelle Hypochondrie. — Casuistik.

Bei dem Versuch der Aufstellung verschiedener Formen von Hypochondrie ist zunächst die alte Unterscheidung einer Hypochondriasis cum und sine materia zu erwähnen.

Von der früher gehegten Ansicht, dass durch die hypochondrischen Vorstellungen selbst schwere Structurveränderungen der betreffenden Organe herbeigeführt werden könnten, ist bereits oben (siehe S. 5) die Rede gewesen. An und für sich sind natürlich Krankheiten der Lungen, des Herzens, des Magens oder Darmes, der Nieren etc. bei Hypochondern kein seltener Befund. Jene können offenbar die Entstehung einer Hypochondrie begünstigen, indem sie den Organismus schwächen und eine entsprechende Alteration des Gemeingefühls herbeiführen; insbesondere spielen hiebei die Erkrankungen des Verdauungs- und Geschlechtsapparats eine wichtige Rolle. Im übrigen zeigt sich aber die Unabhängigkeit der hypochondrischen Empfindungen und Vorstellungen von diesen materiellen Veränderungen einmal darin, dass sowohl die Hypochondrie heilen kann, während jene fortbestehen, als auch umgekehrt die Hypochondrie fortbestehen kann, obwohl jene beseitigt sind, sodann darin, dass, wie schon oben erwähnt wurde, bei den hypochondrischen Empfindungen pp. gewöhnlich gerade diejenigen Organe und Körpergebiete, welche der Sitz materieller Veränderungen sind, keine oder eine unverhältnismässig geringe Rolle spielen. Anderseits kann da, wo diesen Empfindungen etc. entsprechende objective Veränderungen zu grunde liegen, überhaupt nicht von Hypochondrie die Rede sein. Es ist hiernach besser, die Bezeichnung „Hypochondriasis cum materia“, als der Klarheit der Sache nicht dienend, fallen zu lassen.

Von einem anderen Gesichtspunkt aus, nämlich nach der Art der dominirenden Vorstellungen, unterscheidet man eine cerebrale, spinale, gastrische, sexuelle, pneumocardiale etc. Hypochondrie. Wenn eine solche Eintheilung auch für die Bezeichnung des speciellen Falles von Nutzen sein kann, so ist sie doch rein äusserlich und kann hier ausser Betracht bleiben.

Dagegen ergeben sich aus der Betrachtung der ätiologischen Momente, sowie zum Theil auch der Verlaufs- und Ausgangsarten einige zur Differenzirung verschiedener hypochondrischer Zustandsformen verwerthbare Gesichtspunkte.

In ätiologischer Beziehung kommen Lebensalter und Geschlecht nicht wesentlich in Betracht. In jedem Alter gibt es hypochondrische Zustände, und wenn sie auch aus naheliegenden Gründen in der mittleren Lebensperiode, als der Zeit der stärksten Nervenanspannung, am häufigsten sind, so stellen sie doch auch in der Kinderzeit kein so seltenes und im Greisenalter sogar ein recht häufiges Vorkommnis dar.

Was sodann die Betheiligung der Geschlechter betrifft, so ist die frühere Anschauung, als entspräche die Hypochondrie des Mannes der Hysterie des Weibes, längst aufgegeben; als sicher kann nur gelten, dass reine hypochondrische Zustände beim Manne häufiger sind, während sich beim Weibe mehr die hysterisch-hypochondrischen Mischformen finden.

Dagegen ist von grösster ätiologischer Bedeutung das Vorhandensein einer meist ererbten psychopathischen Grundlage. Dabei handelt es sich entweder um blosse Veranlagung zu psychisch-nervöser, zuweilen auch speciell hypochondrischer Erkrankung, d. h. um einen zunächst gewissermassen indifferenten Latenzzustand, der erst noch besonderer, hinzutretender Einwirkungen bedarf, um manifest zu werden, oder um eine eigentliche psychopathische Belastung, d. h. um einen bereits fertigen psychopathischen Zustand, der die hypochondrische Empfindungs- und Denkweise als eines seiner Symptome in sich schliesst.

Je nachdem sich nun hypochondrische Zustände als der Ausdruck einer solchen constitutionellen Psychopathie entwickeln, oder zu ihrer Entstehung erst noch auf weitere mehr zufällige Momente angewiesen sind, lassen sich zwei Grundformen der Hypochondrie unterscheiden, die wir, dem Beispiel anderer Forscher folgend, als constitutionelle und accidentelle Hypochondrie einander gegenüberstellen wollen, womit aber weder das Vorhandensein einer scharfen Grenze zwischen beiden Formen ausgedrückt noch im Sinne der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie etwas präjudicirt sein soll.

Constitutionelle Hypochondrie.

Da die „constitutionelle Psychopathie“ nach dem oben Gesagten die Grundlage der in diesem Abschnitt zu besprechenden Krankheitszustände ist, bedarf dieser Begriff vorerst noch einer kurzen Erläuterung.

Unter der Bezeichnung „constitutionelle Psychopathie“ sind im folgenden die auf krankhafter Veranlagung beruhenden psychopathischen Zustände zusammengefasst, die einen Hauptbestandtheil des bekannten Grenzgebietes zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit ausmachen. Es kommen dabei alle jene mannigfachen Abweichungen und Unstimmigkeiten innerhalb der psychischen Funktionen in Betracht, welche dem betreffenden Individuum den Stempel des Uneinheitlichen, Unausgeglichenen und Verschrobenen aufdrücken. Demnach gehören hierher sowohl die Excentrischen und Sonderlinge, bei denen sich die krankhafte Organisation nur in einzelnen abnormen Zügen des Gefühllebens (ungezügelte Affectbewegung, Leidenschaftlichkeit, habituelle Empfindlichkeit, Aengstlichkeit, Kleinmüthigkeit oder Verbitterung), des Vorstellens (einseitige Betonung und Fixirung gewisser Vorstellungen oder Vorstellungsreihen, Zwangsvorstellungen) oder der Willensthätigkeit (sprunghaftes, widerspruchsvolles Handeln, Querulieren) kundgibt, als auch jene Individuen, bei denen die Vereinigung solcher Züge die Bezeichnung „constitutionelle Verstimmung“ rechtfertigt.

Die Zeichen einer constitutionellen Hypochondrie treten nicht selten schon in den Kinderjahren in einzelnen Zügen, zuweilen auch in ausgebildeten Zustandsbildern hervor. Emminghaus[1]) widmet der Hypochondrie der Kinder ein besonderes Kapitel seines Buches und weist dabei darauf hin, dass alle Beobachter übereinstimmend in der hereditären Prädisposition zu Nerven- und Geisteskrankheiten den wesentlichsten ätiologischen Factor der kindlichen Hypochondrie sehen. Dazu kommt als begünstigendes Moment vielfach noch der Einfluss einer unzweckmässigen Erziehung. Offenbar wird dieser bei gleichartiger Belastung durch Hypochondrie der Eltern besonders zur Geltung kommen, da in solchen Hypochonderfamilien ängstliche Selbstbeobachtung und Ueberschätzung geringfügiger Beschwerden gewissermassen Familientradition ist.

Als Beispiel eines ausgesprochen constitutionell-hypochondrischen Zustandes im kindlichen Alter kann der folgende von C. Westphal[2])

---

[1]) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, 1887. S. 188 ff.

[2]) C. Westphal, Hypochondrie bei einem 12jährigen Knaben. Gesammelte Abhandlungen, I., S. 446; aus Charité-Annalen, I., S. 498.

beschriebene bemerkenswerthe Fall dienen, in welchem die intercurrente, leicht manische Phase den hypochondrischen Zustand als Theilerscheinung eines circulären Irreseins erscheinen lässt.

M. K . . . . th, 12½ Jahre, rec. 6. Juli 1874. — Die Mutter gibt an, der Knabe sei weit geweckter als die übrigen Kinder und bis zu seiner Erkrankung niemals auffallend gewesen. Hereditäre Anlage soll nicht bestehen. Ueber die Anfänge der Krankheit ist nichts Genaueres zu ermitteln, jedenfalls war Patient zu Ostern bereits krank. Er bietet das ausgeprägte Bild eines Hypochonders dar. Der kleine, für sein Alter körperlich wenig entwickelte Knabe, von geringer Muskulatur, blassen Schleimhäuten, ohne jede nachweisbare Organerkrankung, mit gut gebildetem Schädel, benimmt sich wie ein alter gichtbrüchiger Mann. Mit jämmerlichem Gesichtsausdrucke geht er schleichend umher, alle seine Bewegungen sind langsam, wie wenn sie ihm unendliche Mühe kosteten, die Arme will er nicht über die Horizontale emporheben können. Sowie man ins Zimmer tritt, kommt er heran mit nicht endenwollenden Klagen und nimmt Stellungen ein, wie ein schwer Leidender. Auf Fragen, was ihm eigentlich fehle, erfolgen Aeusserungen wie: es ist alles ganz schlimm, jedes ist schlimmer, an den Schläfen knackts und ist es so dick, an den Ohren zittert es, der Kopf wackelt nach vorn und nach hinten, die ganzen Thränen sind schon abgelaufen, im ganzen Körper kratzt es so, auf dem Kopfe krabbelt es, in den Fingern kratzt es, der Mund klebt ganz fest zu, die Zunge sitzt manchmal fest, so dass er nicht sprechen kann, er kann nicht stehen, liegen und sitzen, er hat keinen Geschmack vom Essen, er hat sich schon den ganzen Schleim aus den Lungen ausgespuckt, er möchte lieber einnehmen (Medicin) als essen, einnehmen will er aber auch nicht, da es weh thut u. s. w. Zuweilen gibt er überhaupt keine Antwort, greift sich oft nach dem Bauche und macht ein klägliches Gesicht. Abgesehen von diesen Klagen, in denen er unerschöpflich ist und die er halbe Stunden lang fortsetzen kann, erscheint er ganz interesselos und erkundigt sich u. a. niemals nach seinen Eltern. Zur Beschäftigung ist er schwer zu bewegen, man constatirt jedoch, dass er gut schreibt, rechnet und angemessene geographische und geschichtliche Kenntnisse besitzt. Der Gesichtsausdruck zeugt, abgesehen von dem hypochondrischen Charakter, von guter Intelligenz.

Im September trat im Verlaufe weniger Tage eine Veränderung des Krankheitsbildes ein, die Klagen über Schmerzen und Krankheit hörten auf. Beim Eintritt der Aerzte kam er freundlich auf dieselben zu, gab die Hand und plauderte in harmloser Weise. Zufällig wurde entdeckt, dass er seine Taschen angefüllt hatte mit altem Zeitungspapier, Schieferstiftenden, kleinen Stücken bunten Papiers, ein Paar Dominosteinen, Schachfiguren, alten Stahlfedern, einigen Bleiknöpfen und dergleichen mehr. Warum er diese Gegenstände in seinen Taschen angehäuft, vermochte er nicht anzugeben. Dieser Sammeltrieb liess in Verbindung mit der ziemlich schnell veränderten Stimmung darauf schliessen, dass der jetzige Zustand nicht die Wiederkehr der Gesundheit, sondern ein Stadium leicht maniakalischer Exaltation bedeute, die dem hypochondrischen gefolgt sei. Indessen prägte sich dasselbe als solches nicht weiter aus und im Oktober erschien er wieder verdrossen, müssig, antwortete nur unwillig und zuweilen gar nicht. Auch bei einem Besuche der Mutter benahm er sich theilnahmslos und sprach fast gar nicht. Im November konnte

man bei Gelegenheit eingehender Unterhaltung mit ihm leicht den Eindruck gewinnen, als ob man es mit einem Schwachsinnigen zu thun hätte. Er gab auf die gewöhnlichsten Fragen, z. B. wie lange er in der Anstalt sei, wie lange er die Schule besucht habe, wann der letzte Krieg gewesen, wo Napoleon gefangengenommen sei und ähnliches, keine richtige Antwort. Indess wurde dieser Schwachsinn offenbar nur durch sein hypochondrisches Verhalten vorgetäuscht, er fürchtet, dass geistige Anstrengung ihm schaden könne, will deshalb gar nicht nachdenken und antwortet, was ihm gerade einfällt. Diese Auffassung wird durch die Thatsache bestätigt, dass ihn sonst sein ganzes Benehmen als einen klugen Jungen erscheinen lässt, der auch die Verhältnisse in seiner Umgebung richtig beurtheilt. Die alten hypochondrischen Vorstellungen bestehen fort; während man mit ihm spricht, greift er nach dem Fuss, klagt über Krampf in demselben, fasst nach dem Pulse, sagt, die Lunge sei ausgespuckt und dem ähnliches. Spontan klagt er indess jetzt nicht mehr, er verhält sich still, sass manchmal, wenn er nicht angesprochen wurde, stundenlang am Fenster und schlief dabei auch wohl ein. Eine Neigung zum Sammeln besteht auch jetzt fort und soll angeblich auch zu Hause bereits bestanden haben. Leider wurde er zu dieser Zeit aus der Anstalt zurückgenommen.

In der Mehrzahl der Fälle finden sich in der Kinderzeit nur nervöse Züge mehr allgemeiner Art und erst später, besonders um die Zeit der Pubertät, machen sich die specifisch hypochondrischen Erscheinungen bemerkbar.

Dabei handelt es sich vielfach nur um zwangsmässig auftretende Befürchtungen, die von den Kranken, wenigstens zeitweise, als krankhaft erkannt und zurückgewiesen werden, oder um vereinzelte fixe Ideen hypochondrischen Inhalts. Nicht selten trifft man bei Schwachsinnigen leichterer Grade solche Vorstellungen als isolirte Krankheitserscheinung. So wurde eine meiner Kranken durch die Vorstellung, einen Bart zu bekommen, sehr ernsthaft beunruhigt; sie behauptete nicht nur, das Wachsthum der Haare deutlich zu fühlen, sondern glaubte diese auch an ihrem Spiegelbilde zu sehen, obwohl thatsächlich nichts davon vorhanden war. Ein anderer Kranker hatte die bestimmte Ueberzeugung, an Ungeziefer zu leiden und schilderte die betreffenden Empfindungen mit aller Anschaulichkeit. In beiden Fällen trat eine Weiterentwicklung während der mehrmonatigen Beobachtung nicht ein. Dagegen bot ein dritter Kranker, bei dem das Leiden im 14. Jahre ähnlich begonnen hatte, als 36jähriger Mann ein ausgesprochen hypochondrisches Bild dar.

Beobachtung 7. Seine Aufmerksamkeit hatte sich ursprünglich aus Anlass einer gleichgiltigen äusseren Affection der Vorhaut in hypochondrischer Weise auf seinen Geschlechtstheil gerichtet und er hatte seitdem andauernd alle Vorgänge an diesem mit übertriebener Sorge beobachtet, ohne aber dadurch nachhaltig beunruhigt zu werden. Nach Jahrzehnten veranlassten ihn neue Wahrnehmungen: ein Gefühl von Kälte links in der Harnröhre, vermeintliche

Entzündung der Eichel, Anschwellen und Blauwerden der Adern daselbst, inneres Brennen etc., ärztliche Behandlung zu suchen, die aber keinen Erfolg hatte. Weiterhin glaubte er zu bemerken, dass sein Glied grösser würde, dass ihm die Kopfhaare ausfielen, dass die Nasenspitze und die Ohrenränder wund würden; auch hatte er unangenehme Empfindungen an anderen Körperstellen. Verschiedene selbständige Heilversuche hauptsächlich diätetischer Art führten keine Besserung herbei. Immer wollte er eine Entzündung des Geschlechtstheiles bemerken, sobald er beim Baden oder bei der Arbeit oder sonst warm wurde. Er beschäftigte sich deshalb gar nicht mehr, sondern gab sich gänzlich seinen Grübeleien hin, in denen auch eine angebliche Stuhlverstopfung und ein rother Niederschlag des Urins eine wichtige Rolle spielte. In der Klinik zeigte er sich deprimirt und sehr besorgt um seinen Zustand, berichtete genau über die Mittel, die er als nützlich oder als schädlich ausprobirt hatte und erzählte, dass das immer vorhandene Brennen des Geschlechtstheiles zeitweise schon den ganzen Unterleib ergriffen habe; das letzte Mal habe das Scrotum sogar schon an beiden Seiten blaue Flecke gehabt. Er werde wohl am ganzen Leibe lebendig verbrennen müssen. Deshalb wünsche er, dass man ihm das Glied abschneide. Die Aerzte fänden aber nichts und wollten sich nicht zur Operation verstehen. Trotzdem bleibe nichts anderes übrig, denn die Erhitzung seines Gliedes beruhe auf einer Selbstentzündung, sein Blut sei zu Schanden, verdorben, habe keine Macht und Kraft mehr.

Die schweren hypochondrischen Zustandsbilder, welche sich auf dieser degenerativen Grundlage besonders häufig entwickeln, sind, wie bereits bemerkt wurde, zu ihrer Entstehung auf besondere auslösende Momente nicht angewiesen. Nichtsdestoweniger begegnen wir bei ihnen oft denselben Schädlichkeiten, die wir bei der accidentellen Hypochondrie noch genauer kennen lernen werden. Beispiele sind dafür die folgenden Beobachtungen, in denen die hypochondrischen Krankheitszustände bei constitutionell psychopathischen Individuen durch Ueberanstrengung hervorgerufen wurden.

Beobachtung 8. Der Patient machte gegen Ende der Pubertätszeit einen mehrmonatigen Zustand depressiver Verstimmung durch: er hatte das Gefühl, als würde seine Nase immer grösser. Dies „Gefühl“ bestand aber seiner Meinung nach „mehr in seiner Vorstellung“, die ihn nach Art eines unwiderstehlichen Zwanges überwältigte, so dass er sich oft vor den Spiegel stellte und nachsah, ob dem wirklich so sei. Dabei war er reizbarer, ärgerlicher Stimmung. Besserung nach etwa einem halben Jahre. Ein Zustand ähnlicher Art trat mehrere Jahre später ein, als Patient eine anstrengende geistige Arbeit geleistet hatte. Jetzt bildete er sich ein, rückenmarksleidend zu sein. Er betrachtete daraufhin oft seinen Rücken, brachte sein Leiden mit angeblich früher betriebener Masturbation in Zusammenhang. Auch diesmal trat allmähliche Besserung ein. Ein dritter Anfall befiel ihn wieder einige Jahre später, abermals in einer Zeit vermehrter geistiger Anstrengung. Eine scherzhafte Bemerkung aus seiner Umgebung über sein Aeusseres konnte er nicht vergessen, sondern musste sich zwangsmässig damit beschäftigen; er war darüber gereizt und verbittert.

Nach einigen Monaten völlige Heilung. Der vierte Anfall der Krankheit begann bald darauf in einer mit Aufregungen verbundenen Zeit, und zwar wieder mit der Befürchtung, rückenmarksleidend zu sein; von anderen Kranken seiner Umgebung übernahm Patient dann andere hypochondrische Vorstellungen, hielt sich für schwerkrank, war überzeugt, doch einmal verrückt zu werden, wurde von dem Gedanken gequält, seine ganze Familie unglücklich gemacht zu haben etc. Dazu kamen zwangsartige suicidale Impulse und beständige zwecklose Grübeleien und Bedenklichkeiten über seine jeweiligen Entschliessungen. Dazwischen vorübergehend vollständige Correctur der krankhaften Vorstellungen und hoffnungsvolle Stimmung. Während der Krankenhausbeobachtung der gleiche Wechsel zwischen zuversichtlicherem, einsichtigem Verhalten und schwerster hypochondrischer Depression. In letzterer erklärt er sich für schwer krank, ihm sei jetzt klar, dass er die Gehirnparalyse habe und total verrückt werde. Er fühle es ganz deutlich, wie sein Geist sich allmählich umnachte; aber auch seine körperlichen Functionen seien im Schwinden begriffen; er könne nicht mehr sehen. Beim Versuch zu lesen wundert er sich dann, dass es doch noch gehe; fügt gleich hinzu, dass er sich nichts dabei denken könne und dass das doch sicher ein Zeichen der Paralyse sei. Er könne auch nicht mehr gehen; nachdem er auch hierin durch den Versuch des Gegentheils überführt ist, ist er sehr erstaunt und meint, das beweise umsomehr, dass seine Krankheit im Gehirn sitze. Weiterhin gibt er vorübergehend zu, ganz gut zu wissen, dass seine körperlichen Functionen noch alle vorhanden seien, aber er müsse sich ständig mit seinem Körper beschäftigen, habe vollständig das Vertrauen zu sich verloren und bilde sich ein, dass bei ihm alles abnorm von statten gehe; er sei überhaupt ganz aus Einbildung zusammengesetzt. Bald darauf wieder tiefer deprimirt; fühlt seinen Geist umnachtet, bezeichnet deutlich die Stelle am Kopf, wo das Gehirn seiner Meinung nach anfängt weich zu werden; sein Kopf werde immer dicker, sei schon so gross wie ein Eimer und platze nächstens. Ergeht sich unermüdlich in solchen Vorstellungen. Auch weiterhin vielfach Schwankungen wie oben erwähnt. In den weit überwiegenden schlechten Zeiten verlangt er, seine Angehörigen nochmals zu sehen, bevor sein Geist völlig umnachte; sein Gedankenkreis werde immer kleiner Die vorübergehenden hoffnungsvolleren Zustände seien nur „lichte Augenblicke in seiner fortschreitenden Krankheit“ gewesen, die jetzt aber immer seltener und kürzer würden. Er sei gänzlich verloren, er bewege sich nur noch in Rückblicken, nur in der Vergangenheit; er wolle von der Welt gar nichts mehr wissen, er sei unheilbar. Im Garten merke er, wie schwach er geworden, unter anderem daran, dass er für nichts mehr Interesse habe, keinen Baum mehr kenne. Bald darauf: sein Verstandesknochen sei aufgelöst, er merke es, wie so allmählich sein ganzer Körper in Zerfall übergehe. Er lebe nur noch wenige Stunden, sein Kopf sei schon ganz matsch, sein Gehirn komme aus Nase und Ohren heraus. Dabei zeitweise sehr agitirt, läuft ängstlich erregt herum. Später wechselnde hypochondrische Ideen: verlangt, dass eine Inunctionskur mit ihm gemacht werde, da er (fälschlich) Gehirnsyphilis zu haben glaubt; dann: er habe die Tollwuth, weil er vor Jahren Butter von der Milch einer gebissenen Kuh genossen habe; ferner: er habe sich früher einmal gelegentlich einer Jagd mit Hasenblut tierisch inficirt, er vertiere jetzt, komme bald in den Hundestall. Dabei sehr lebhafter Affect, abwechselnd mit resignirtem Verhalten und rasch vorübergehender hoffnungsvollerer Stimmung. Schliesslich äussert er auch Selbstanklagen, indem er seine vermeintlichen körperlichen Leiden

aus allerhand eingebildeten Verfehlungen seines früheren Lebens zu erklären sucht. Verlangt, dass sein Gehirn trepaniert werde etc. — Tod in Folge impulsiv ausgeführter Selbstverletzung.

Beobachtung 9. Etwa 40jähriger Mann, Arzt. Vater an Herzschlag mitten in der Ausübung des ärztlichen Berufes gestorben; in der Familie des Vaters einige Fälle von Geisteskrankheit. Alle Geschwister des Kranken leicht erregbar.

Patient selbst grüblerisch und furchtsam veranlagt, ist aber bis zum letzten Jahre seines Studiums nicht eigentlich krank gewesen. Damals bemerkte er plötzlich, vermutlich infolge von Ueberanstrengung, vor seinen Augen einen gelben Reif, dann einen dicken, schwarzen Punkt, der langsam vorüberschwebte. Er war sehr erschrocken, weil er sogleich dachte, seine bisher geringe Myopie werde progressiv. Er consultirte der Reihe nach verschiedene Augenärzte, verzichtete freiwillig auf den Tabakgenuss, obwohl ihm dieser ausdrücklich gestattet wurde. Weiterhin meinte er eine stetige Zunahme der Störung zu bemerken, er sah Fäden vor den Augen und glaubte, nachdem er einen berühmten Specialarzt consultirt hatte, der ihn für einen Hypochonder erklärte, dabei aber (seiner Behauptung nach) etwas von „zwei Cholestearinkrystallen“ vor sich hinmurmelte, ein organisches Augenleiden zu haben, und zwar ein ganz besonderes, nämlich eine Ablagerung von Cholestearin zwischen Ader- und Netzhaut. An dieser Ueberzeugung hielt er trotz aller gegenteiligen Versicherungen der Aerzte weiterhin fest; lebhafte Nachbilder, die früher nur des Nachts, jetzt auch am Tage auftraten, veranlassten ihn zu immer neuen Consultationen. Eine ihm verordnete Kaltwassercur gebrauchte er ohne Erfolg; er sah nun auch Funken und begann sich selbst mit Dunkelcur und Blutegeln an den Schläfen zu curiren. Seine Beschwerden nahmen aber zu; er fürchtete jetzt eine Retinitis zu bekommen und consultirte immer weiter mit demselben stets völlig negativen Erfolge. Die plötzlich nothwendig gewordene Uebernahme einer großen ärztlichen Praxis wirkte ablenkend, so dass das vermeintliche Augenleiden zwei Jahre stationär blieb. Dann wurde es aber allmählich immer schlimmer; das Funkensehen nahm zu; im Fixirpunkt hatte er ein fortwährendes Leuchten; am meisten quälten ihn die Nachbilder. Psychisch bedingte Impotenz machte ihn vollends ängstlich und zeitweise verzweifelt; er konnte nicht mehr schlafen, trieb sich ruhelos umher, Tausende von Funken umschwirrten ihn, er dachte an nichts anderes als an die schwere und unheilbare Krankheit, an der er zu leiden glaubte; heftige Angstzustände mit vollkommenem Verlust der Selbstbeherrschung stellten sich ein.

In der Klinik äusserte er dieselben Klagen. Seine ganze Krankheit sei ein Räthsel, das nie gelöst werden könne; eine Therapie werde dafür nie gefunden werden. Er möge ja Neurastheniker und Hypochonder sein; daneben habe er aber ein schweres, organisches Augenleiden, dessen Fortschreiten er täglich beobachten könne; er werde dem Wahnsinn entgegengetrieben. — Weiterhin wechselten Zustände ruhigeren, ja heiteren Verhaltens mit solchen tiefer Verstimmung oder verzweiflungsvoller Erregung. Meist war er ausschliesslich mit seinem Krankheitszustande beschäftigt; es gehe immer mehr bergab mit ihm, er sehe die Aussenwelt bereits gänzlich verändert, habe zu nichts mehr Lust, alles ekele ihn an.

Gebessert entlassen.

Auch sonst finden sich bei diesen constitutionell hypochondrischen Individuen typische Zwangszustände, die mit dem hypochondrischen Vorstellungskreise gar nicht zusammenhängen, vielfach als Zeichen der allgemein psychopathischen Degeneration. So litt einer meiner Kranken, der bald die Rückenmarkschwindsucht, bald die Gelbsucht, die Lungenschwindsucht, kurz alle ihm überhaupt bekannten Krankheiten der Reihe nach zu haben glaubte, der seine Augen, seine Zunge, seinen Stuhlgang stets auf das Genaueste beobachtete, seine Diät auf das strengste regelte, zahllose Aerzte und Naturheilkundige consultirte etc., daneben an Zwangsvorstellungen der Art: er könne dadurch, dass er einen irrthümlich für sein Eigenthum gehaltenen Pfennig vom Fussboden aufgehoben und eingesteckt habe, zum Dieb geworden sein; ferner, er könne eine vor Gericht abgegebene, thatsächlich ihm selbst als absolut unanfechtbar bekannte Aussage falsch beschworen haben.

Endlich sind hier noch die hypochondrisch-hysterischen Mischformen zu erwähnen. welche sich gerade auf dem Boden der schweren psychopathischen Belastung nicht selten entwickeln.

Beobachtung 10. 30jährige Frau; psychopathisch belastet; selbst von jeher sehr leidenschaftlich, zügellos in ihren Affecten, unmotivirten Stimmungswechseln unterworfen, in Hass und Liebe sprunghaft wechselnd; eigensinnig, egoistisch; wehleidig: voll Gespenster- und Todesfurcht, eifersüchtig. Als junges Mädchen Bleichsucht, vor 1 Jahr vorübergehender Magen- und Darmkatarrh. Vor einem halben Jahre Sorge wegen schwerer Erkrankung des einzigen Kindes; darnach körperlich geschwächt, äussert zahlreiche hypochondrische Befürchtungen, immer wechselnde Klagen, führt keine Kur zu Ende, droht vielfach mit Selbstmord, ohne ernsthafte Versuche in dieser Richtung. Grübelt schliesslich beständig über ihren Zustand, betrachtet ihre Zunge im Spiegel, vergleicht diese mit der Zunge anderer Leute; zählt unermüdlich ihren Puls, untersucht jeden Morgen ihren Stuhlgang, findet darin alles mögliche. In der Klinik: Sie sei nicht nervenkrank, leide an unheilbarer Magenkrankheit, sei infolge ihrer unaufhörlichen, übermenschlichen Qualen gar kein Mensch mehr; Magen und Darm seien caput, ebenso die rechte Herzklappe, der Puls „rase". Im Magen habe sie ein Gefühl von „Nimmerkönnen", zwischen den Rippen fresse es, ebenso in der Brustwarze, im Leibe habe sie ein furchtbares Beissen, könne nicht athmen, den Magen nicht heraufbringen. Das habe nach dem Magen- und Darmkatarrh infolge eines Diätfehlers mit „entsetzlichem" saurem Aufstossen begonnen etc.; der Gedanke an ihr schweres Leiden und die Krankheit des Kindes habe sie „grässlich" gedrückt; jede Nacht habe sie starkes Herzklopfen gehabt und schreien müssen. Alle angewandten Kuren haben nichts geholfen. Sie habe bei jedem Stuhlgang das Gefühl als ob die Därme hinten hinausführen und der Magen herauskäme. Unerträgliches habe sie durchgemacht; eines Nachts müsse etwas Besonderes in ihr vorgegangen sein; die Zunge habe so einen dicken Belag (zeigt 5 *cm*) gehabt, sie habe wegen der Beklemmungen im Leibe nicht mehr stehen und gehen können; schreckliche Unruhe komme aus dem Magen. Sie sei durchaus nicht nerven-, nicht „eingebildet" krank; und wenn zehn Professoren sagen, dass ihr Magen

gesund sei, so sei es doch nicht so. Ihr Stuhlgang rieche so sonderbar, sie habe einen Bandwurm, sie fühle, wie ihr die Speisen herunterrutschen, sie meine immer, es liege an der Verdauung; es komme oben von unten herauf, sie könne es nicht schildern, es sei eben schrecklich; es brenne furchtbar, es müsse etwas auf den Magen und Darm einwirken oder es müsse infolge der früheren Krankheit der Magen und Darm sich in einem Zustand befinden, dass sie alles spüre, was da vorgehe. Es sei eben ein Reiben. Es sei ein schauerlicher, unheilbarer Zustand, an dem sie ganz sicher sterbe. Schildert ihre Beschwerden mit grosser Zungengewandtheit und Lebhaftigkeit, verlangt dringend, dass Zunge und Puls oft geprüft werden. Lässt sich nicht behandeln, schilt masslos auf die Aerzte, um sie gleich wieder überschwänglich zu loben; bringt mit Bezug auf die klinische Behandlung zahllose Beschwerden vor, die sich immer als sehr übertrieben wenn nicht ganz grundlos erweisen, quält die Pflegerinnen, schreit und brüllt zeitweise infolge ihrer „entsetzlichen“ Klagen; macht einige ungeschickte Selbstbeschädigungsversuche. Dabei immer lebhafter Wechsel zwischen den äussersten Extremen. Weiterhin wortreiche Selbstvorwürfe wegen angeblicher, früh betriebener Masturbation. Körperlich nichts Krankhaftes nachweisbar. Schmerzempfindlichkeit gesteigert. Beiderseits Ovarie mässigen Grades.

Beobachtung 11. 35jährige Frau; psychopathisch sehr schwer belastet: Mutter war hysterisch und sehr aufgeregt, ein Bruder ist in einer Irrenanstalt, zwei Schwestern waren zeitweise geisteskrank.

Patientin war immer etwas scheu und zurückgezogen, sehr erregbar; lernte gut. Körperlich immer blutarm und schwächlich. Schmerzen bei Menstruation. Steril verheiratet.

Seit 2 Jahren, wohl infolge körperlicher Schwächung, erregt, schlaflos. ängstlich. Brauchte ein Geheimmittel, nach dem sie sich schlechter fühlte; klagte sehr viel über Druck im Magen, bald zu viel, bald zu wenig Appetit, Kopfschmerzen, „innerliche“ Zuckungen in Kopf und Gliedern; nervösen Husten.

Seit 1 Jahr zwangsmässige Wiederholung von Sätzen, Melodien; Zählzwang etc., Angst im Zimmer, ferner beklemmende Empfindungen, als wäre sie die grösste Verbrecherin, beunruhigende Träume, Oppressionsgefühl.

In der Klinik: sehr anämische, elend aussehende Frau. Allgemeine leichte Hyperästhesie, beiderseits sehr gesteigerte Reflexe. Sonst körperlich nichts besonderes. Psychisch meist mit ihrem Zustande beschäftigt, spricht gern und viel davon, obwohl sie sonst das Reden angreift. Führt alles auf das Geheimmittel zurück; nun habe sich das Leiden auf die „Magennerven“ gesetzt; sie habe ein „verstecktes Magenleiden“, man möge das nur suchen; sie sei unheilbar krank; es habe alles keinen Zweck. Klagt über Parästhesien verschiedenster Art, ferner innere Unruhe, Mattigkeit pp. Hat Bedenken gegen alle Mittel, sagt die Wirkungen voraus. Behauptet nicht zu schlafen, sondern nur vor Erschöpfung still zu liegen. Auch hier Zählzwang und andere Zustände ähnlicher Art. Stimmung meist sehr deprimirt, aber öfter ganz unvermittelt wechselnd; überhaupt auffällige Schwankungen des Zustandes. Sehr beleidigt, wie man ihr sagt, sie sehe besser aus, scheine wohler zu sein.

Mehrfach Klagen über Illusionen; sieht Todtenköpfe, Leichenzüge, hört Klopfen, hat Empfindung, aus dem Bett zu fallen. Später mehrfach vorübergehende halluzinatorische Erregungszustände (hysterischer Art) mit Suicidversuch.

Beobachtung 12. 37jähriges Mädchen, psychopathisch belastet, sehr gut begabt, aber von jeher rasch ermüdbar, von zarter Constitution. Mit 17 Jahren Ueberanstrengung, darnach vorübergehend Müdigkeit und Rückenschmerzen, dann wieder leistungsfähig in Stellung. Mit 32 Jahren körperlich krank (Influenza, Perityphlitis); seitdem immer etwas anfällig, aber nicht eigentlich krank. Mit 35 Jahren nach gemüthsbewegendem Erlebnis Beginn des jetzigen langen Leidens: Schmerzen im rechten Oberschenkel bis zur Hüfte, ferner im Kreuz (besonders bei Menstruation); Besserung bei entsprechender Behandlung, dann plötzliche Verschlechterung: Schmerzen in der ganzen Extremität, im Leibe, im ganzen Körper. Zur Zeit der Menses Empfindung, als liefen schmerzhafte Fäden von der Mitte nach allen Seiten. Einmal plötzliches Kältegefühl im ganzen Körper und Weinkrampf; Gefühl eines Steines im Magen, innere Unruhe. Krampfartige Anfälle: es zieht sich alles zusammen, Patientin muss sich hinsetzen, bekommt keine Luft, verliert nicht das Bewusstsein. In specialistischer Behandlung anfangs Besserung, dann nach einer Streckbewegung des Beines Ueberzeugung, dass sich etwas im Unterleib links „überstreckt“ habe; es lief vom linken Bein hinauf, dann vom Kopf hinunter. Seitdem unangenehme Empfindungen, vor allem: als liefen Kugeln statt des Blutes in den Adern. Patientin meint, es hänge mit der Blutcirculation zusammen, die plötzlich stocke, so dass das Blut nicht weiter fliesse, sondern zurückfalle. Aeusserung: sie sei verflucht, die sie aber selbst zeitweise als krankhaft und unsinnig anerkennt. Zwangsimpulse gegen die Angehörigen. Unter Anstaltsbehandlung zunächst keine Besserung, Patientin verschluckt Nähnadeln, um eine Operation herbeizuführen, Verschafft sich Streichhölzer, um eventuell nach Brandlegung fortzukommen. Weiterhin zunächst ganz resignirt-hypochondrisches Verhalten; ist überzeugt, unheilbar zu sein; meint aber in dem jetzigen unerträglichen Zustande noch Jahrzehnte leben zu müssen, klagt über Schmerzen überall, besonders im Leibe, in den Adern daselbst laufe eine Kugel (bildlich gemeint) von der linken Seite gegen das linke Bein, springe auf das rechte über, steige von dort wieder in die Höhe, um in der rechten Unterleibsseite zu endigen. Dies sei die „Ader“, die sie einmal überstreckt habe, ehe diese nicht wieder an ihren rechten Platz zurückschnappe, bekomme sie keine Ruhe. Sie fühlt, wie die Tabletten, die sie einnimmt, in den Adern herumrollen, wie die Salzsäuremedicin nur auf einer Körperhälfte wirkt, dann nicht weiter kommt. Der Magen thut weh, es ist, als gingen die Speisen ein Stück weit, um dann wieder zurückzufallen; der ganze Magen und Leib kommt ihr zu eng und zusammengezogen vor. Körperlich: Kopf schmerzhaft bei Beklopfen. Sehr ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule; Hyperästhesie am ganzen Rumpf; beiderseitige Ovarie. Zahlreiche Points. Gesteigerte Sehnenreflexe. Geistig ganz muthlos; macht sich Vorwürfe, die ärztlichen Verordnungen früher nicht richtig befolgt und so ihre „unheilbare“ Krankheit selbst verschuldet zu haben. Absolut unzugänglich gegen alle Suggestionen. Stellt gegen den Augenschein Besserung in Abrede. Gelegentlich kleine Intriguen gegen Pflegerinnen und Kranke. Gibt nach Aussen mitleiderregende Schilderungen über ihre Lage. Dabei oft ganz heitere, aber rasch wechselnde Stimmung. Lässt alle Heilversuche über sich ergehen, zeigt sich dabei ohne jede Hoffnung, schlaff und energielos. Gelegentlich vorübergehend erregt durch kleine Conflicte mit der Umgebung. Ganz allmähliche Besserung des Gesammtbefindens, die widerstrebend zugegeben wird.

Die constitutionelle Hypochondrie ist ein exquisit chronischer Krankheitszustand, der meist mit Remissionen und Exacerbationen verläuft. Mit den Zuständen schwerster hypochondrischer Verstimmung, die in ihren Haupterscheinungen weiter oben geschildert worden sind, wechseln Zeiten besseren Befindens, in denen die Kranken zwar auch hypochondrisch fühlen und denken, aber doch freier und zugänglicher sind und ihren Berufs- und anderen Pflichten nachkommen können.

In manchen Fällen kann man von einem periodischen Hervortreten der hypochondrischen Verstimmung sprechen (vgl. die oben mitgetheilte Beobachtung Westphal's); diese Fälle werden aber richtiger als „hypochondrische Episoden im Verlauf anderer Geistesstörungen“ (circuläres Irresein) betrachtet werden.

Anderseits gibt es Fälle constitutioneller Hypochondrie, in denen die Erkrankung entweder von vornherein oder nach anfänglichen Remissionen und Exacerbationen einen continuirlich chronischen Verlauf nimmt. So entstehen die Hypochondertypen, bei denen man mit Rücksicht auf die gewissermassen geschäftsmässige und die Kranken selbst nicht tiefer berührende Vorbringung der Beschwerden von einer habituellen Hypochondrie sprechen kann. Ein tieferer Affect ist hier nur ausnahmsweise vorhanden. Hierher gehören jene verschrobenen und fanatischen Individuen, welche auf Grund continuirlicher peinlichster Selbstbeobachtung und nicht verstandener Lectüre medicinischer Schriften sich über physiologische und pathologische Vorgänge im allgemeinen, ihre eigene Krankheit im besonderen ihre ganz bestimmte Meinung gebildet haben und daran trotz aller Belehrungsversuche mit verbohrter Hartnäckigkeit festhalten. Wenn sie von Zeit zu Zeit einem Arzt ihre zahllosen Beschwerden in breitester Umständlichkeit und vielfach ihre Aufzeichnungen zu Hilfe nehmend, vortragen, so geschieht es nur in der Voraussetzung, dass jener gerade das von ihnen Erwartete verordnen wird. Mit überlegenem Lächeln erklären sie, dass sie nicht nur ihren Körper und ihre Krankheit, sondern auch alle möglichen Fachschriften studirt hätten und ganz genau wüssten, dass dieses oder jenes Mittel diese oder jene üble Wirkung auf sie ausüben und deshalb besser gar nicht erst versucht würde. Unbefriedigt kehren sie zu ihrer homöopathischen Hausapotheke und immer aufs neue variirten Selbstbehandlung zurück. Dabei kommen sie vielfach auf höchst seltsame Veranstaltungen, die sie als heilsam für sich ausprobirt haben. So führte ein solcher Kranker, der nach seiner Diagnose an „Blutüberfüllung der linken Kopfseite, zeitweiligen convulsivischen Zuckungen der linken Körperhälfte, dickem Blut im Unterleib, Blähsucht und verkehrtem Aufstossen“ litt und bei vielem Sprechen eine Verschlimmerung dieser Beschwerden wahrzunehmen behauptete, ein von ihm sogenanntes „Schweigfläschchen“ bei sich, d. h., ein kleines,

mit gewöhnlichem Wasser gefülltes Fläschchen, aus dem er von Zeit zu Zeit einen Schluck nahm und das Wasser so lange im Mund behielt, als er schweigen zu sollen glaubte. Dann fühlte er alsbald eine Regulirung des Blutes eintreten, das aus dem Kopfe herausging und wirbelnd dem rechten Arm entlang bis zur Hand lief; oft unterstützte er diese „Blutregulirung“ auch noch durch Bewegungen der Füsse, wobei er den Kopf alsbald freier werden fühlte.

Die Prognose der constitutionellen Hypochondrie bedarf keiner weiteren Erörterung. Wenn auch der einzelne hypochondrische Anfall abläuft, sowie es in der oben mitgetheilten Beobachtung 8 der Fall war, so ist doch mit neuen Exacerbationen jeder Zeit zu rechnen.

Accidentelle Hypochondrie.

Im Vergleich mit der soeben besprochenen Form zeigt die accidentelle Hypochondrie abwechslungsreichere Bilder. Indessen tritt hier die bereits früher hervorgehobene Unmöglichkeit einer scharfen Abgrenzung der verschiedenen Formen nach zwei Richtungen hervor. Einmal nämlich werden die hier in Betracht kommenden Einflüsse bei constitutionell psychopathischen Individuen, deren Nervensystem vielfach von Hause aus abnorm, leicht ermüdbar und widerstandsunfähig ist, besonders wirksam sein und so entsprechend modificirte Zustandsbilder entstehen; sodann finden sich bei den einzelnen Typen der accidentellen Hypochondrie selbst vielfache Uebergänge und Mischformen. Es geschieht demnach mit allem Vorbehalt und wesentlich im Interesse der Uebersichtlichkeit wenn im folgenden die hier in Betracht kommenden Fälle in drei Reihen geordnet besprochen werden.

Der ersten Reihe gehören die verhältnismässig seltenen Fälle an, in denen man mit einigem Recht von einer ideagenen Hypochondrie sprechen kann, da die betreffenden Phänomene in der That wesentlich „aus krankhafter Idee“ (vgl. Krafft-Ebing's oben referirte Anschauung, S. 13) entstehen.

Die zweite Reihe enthält die in bezug auf Häufigkeit des Vorkommens weit überwiegenden Fälle, in denen nachweisbar erschöpfende Momente zur Entwicklung hypochondrischer Zustände führen.

In dritter Reihe ist endlich ein Theil der Fälle besprochen, in denen anderweitig bedingte Störungen des Gemeingefühls die Materia für die hypochondrischen Empfindungen und Vorstellungen abgeben.

Den reinsten Typus der ersten Reihe bilden die der bekannten „Medicinerhypochondrie“ entsprechenden Fälle.

Es ist bekannt, dass junge Mediciner durch die erste Bekanntschaft mit gewissen Krankheitsbildern häufig zu allerhand hypochondrischen

Einbildungen veranlasst werden. Abgesehen von den Fällen, in denen z. B. die Beschäftigung mit einem Krätzekranken, die nahe Berührung eines mit Ungeziefer Behafteten bei dem Untersucher eine Zeitlang entsprechende unbehagliche Vorstellungen und dadurch erregte Empfindungen hinterlässt, sind es besonders Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks (Tabes, progressive Paralyse), die hier eine Rolle spielen. Aehnliches kommt bekanntlich auch bei Laien unter entsprechenden Umständen vor, so z. B. bei Gelegenheit von Epidemien (Cholerahypochondrie) oder bei der Begegnung mit besonders eindrucksvollen Krankheitszuständen (Lyssa, Gesichtslupus etc.), zuweilen auch schon bei der blossen Lectüre entsprechender Beschreibungen und Berichte.

Ein Beispiel von Medicinerhypochondrie ist der folgende Fall:

Beobachtung 13. Cand. med., wie andere Mitglieder seiner Familie an nervösem Kopfschmerz leidend, selbst specifisch inficirt gewesen, aber sorgfältig behandelt, glaubt gelegentlich einer schmerzhaften rheumatischen Erkrankung an Tabes zu leiden, prüft jeden Tag seine Pupillen und Patellarreflexe, vermisst schliesslich beide, erkennt dann nach entsprechender ärztlicher Berathung bald die Grundlosigkeit seiner Befürchtungen. 1 Jahr später nach Besuch einer psychiatrischen Klinik Befürchtung, dann Ueberzeugung, an Paralyse zu leiden, findet jetzt an sich Pupillendifferenz, stark erhöhte Reflexe, Gedankenschwäche, Vergesslichkeit, Anstossen der Zunge, kurz alle Symptome, wie er sie im Colleg kennen gelernt hat. Objectiver Befund ganz negativ. Nach kurzer Zeit durch entsprechende Suggestivbehandlung geheilt.

Die folgenden Fälle betrafen Nichtmediciner.

Beobachtung 14. 48jähriger Schmied, angeblich hereditär nicht belastet, mit Ausnahme einiger früherer Krankheiten gesund gewesen. Kam als Lehrling zu einem Meister, der Homöopathie trieb und ihm einige darauf bezügliche Bücher gab. Schaffte sich auch selbst gleich nach Verheiratung eine homöopathische Hausapotheke an, die er aber nicht viel benutzt haben will. Vor 5 Jahren wurde die Frau nervenkrank, die Aerzte konnten nicht helfen. Infolge dessen trat Patient einem Naturheilverein bei und behandelte seine Frau ohne Erfolg mit kalten Abreibungen. Schliesslich consultirte er wieder einen Arzt, der bei der Frau „Rückenmarksverzehrung" diagnosticirt haben soll. Er nahm sich das sehr zu Herzen und machte sich viele Gedanken, wie es ihm und den Kindern nach dem Tode der Frau gehen würde. Eines Tages trank er einige Gläser kaltes Bier, kurze Zeit darauf spürte er bei der Arbeit ein Kriebeln in beiden Fusssohlen, dann stellte sich ein Kältegefühl an den hinteren Seiten beider unterer Gliedmassen ein, das sich nach oben zu bis in die „Nierengegend" zog. Es war, als wenn die einzelnen Stellen mit Eis eingerieben würden. Eines Tages zog es sich plötzlich von dem untersten Theil des Rückens in beide Inguinalgegenden; der konsultirte Arzt soll (?) „Nierenkolik" angenommen haben; dem Patienten fiel es selbst auf, dass sein Wasser in der Kälte einen weissen Satz bekam. Die ärztliche Medikation half nicht viel. Infolgedessen studirte er das Lehrbuch der Naturheilkunde und fand darin bald die Symptome seiner Krankheit: Taubes Gefühl in den Fusssohlen, Gürtelempfindung, also Rückenmarksschwindsucht. Er gab nunmehr wegen Schmerzen im Kreuz die Arbeit auf und kam zur Klinik. Schon die erste

eingehende Untersuchung beruhigte ihn wesentlich, nach einigen Tagen war die Parästhesie verschwunden, der Kranke bald darauf geheilt.

Im Anschluss hieran seien noch zwei Fälle mitgetheilt, die die Wirkung zufällig erregter hypochondrischer Vorstellungen bei constitutionell psychopathischen Individuen zeigen.

Beobachtung von Friedmann:[1] 13jähriger, erblich belasteter Knabe: Vater nervös. Vaterschwester geisteskrank. Patient selbst nervenunkräftig, sehr schreckhaft, ängstlich und schwächlich, intellectuell gut begabt. Im Frühjahr immer nervöse Zustände mit Schwächegefühl und morgendlichem Vomitus. Während des Bestehens eines solchen Zustandes Begegnung mit einem kränklich aussehenden, einen Foetor ex ore verbreitenden Soldaten. Patient kommt verstimmt nach Hause, beginnt alsbald sich seltsam zu benehmen, weil er sich für angesteckt durch jenen Soldaten hält; er sucht seine Angehörigen vor seinem vermeintlich verpesteten Athem zu schützen, vermeidet das Sprechen und hält sich, wenn dies nicht möglich ist. die Hand vor den Mund, verlangt besonderes Essgeschirr und besonderen Stuhl für sich, meidet Freunde und Kameraden, setzt Einreden gegen seinen Wahn einen verstockten passiven Widerstand entgegen. Beobachtung nach 6 Wochen abgebrochen, in dieser Zeit keine Aenderung.

Beobachtung 15. 28 Jahre alte Arbeiterfrau, hereditär schwer belastet: Mutter war im Wochenbett schwermüthig, machte Erhängungsversuch. Bruder nahm sich gleichfalls das Leben. Patientin war früher heiter, gesund bis Ende 1894; damals aus irgend einem Grunde blutiger Ausfluss aus einem Ohre. Hörte von einer Frau, die ähnliches gehabt hatte und später plötzlich auf der Strasse vom Schlag getroffen war, beschäftigte sich seitdem mit ähnlichen Befürchtungen für sich; dachte auch daran, dass sie wie ihre Mutter geisteskrank werden könnte. Anfang 1895 stand Patientin, die soeben eine Erkältung durchgemacht hatte, am Fenster und dachte über jene Frau nach. Als sie sich dann umdrehte, bekam sie einen „Schwindelanfall", es wurde ihr „ganz komisch" im Kopf; sie glaubte die Besinnung zu verlieren, das geschah aber nicht, ebensowenig bei Anfällen gleicher Art, die sich in den nächsten 8 Tagen noch einstellten, dann von selbst aufhörten. Seitdem deprimirt, fürchtet beständig, einen Schlaganfall zu bekommen, geisteskrank zu werden, hat schreckhafte Träume dieses Inhalts, schläft schlecht, glaubt, nicht wieder gesund zu werden, sich etwas anthun zu müssen, fühlt zwangsmässigen Antrieb zum Selbstmord, macht auch einige ungeschickte Versuche in dieser Richtung. Weint viel, brütet vor sich hin. In der Klinik fortschreitende Besserung. Nach 2 Monaten geheilt entlassen.

Bei den Fällen der zweiten Reihe sind nicht nur die eigentlichen ermüdenden Einflüsse auf körperlichem und geistigem Gebiet, sondern auch die verschiedensten körperlichen Krankheitszustände, insofern sie eine allgemeine Schwächung des Organismus herbeizuführen geeignet sind. in Betracht zu ziehen. Im einzelnen sind hier also zu nennen einerseits alle Arten von Ueberanstrengung, darunter vor allem eine zu inten-

[1]) Friedmann, Ueber den Wahn. Wiesbaden, 1894. S. 101.

sive und nicht genügend durch Ruhepausen unterbrochene körperliche oder geistige Arbeit, fortgesetzte sexuelle Excesse (Onanie), andauernde Inanspruchnahme durch depressive Affecte, anderseits chronische Erkrankungen des Verdauungs- oder Geschlechtsapparates, Herz-, Nieren-, Lungenkrankheiten, Chlorose, Stoffwechselkrankheiten und Ernährungsstörungen, ferner auch acute Infectionskrankheiten mit langsamer Reconvalescenz, wie Influenza u. a., insbesondere aber Combinationen körperlicher und geistiger Schädlichkeiten, wie sie z. B. bei lange fortgesetzter, anstrengender Krankenpflege geliebter Angehöriger oder während der an Sorgen und Aufregungen reichen Untätigkeit nach Unfällen nicht selten gegeben sind.

Infolge der nervösen Ueberrregbarkeit, die eine der Grunderscheinungen der Neurasthenie bildet, kommen hier oft schon die mit den physiologischen Körpervorgängen, z. B. der Verdauung, des Blutumlaufes, der Athmung etc. verbundenen Reize den Kranken in mehr oder weniger peinlicher Weise zum Bewusstsein. In ungleich höherem Grade ist dies gegenüber den pathologischen Vorgängen bei der Neurasthenie der Fall. Es sei hier nur hingewiesen auf die neurasthenischen Störungen der Magen- und Darmthätigkeit, die sich in Stuhlbeschwerden, Durchfällen, Darmgeräuschen, Meteorismus äussern, auf diejenigen innerhalb der Sexualsphäre, die zu Erectionen, Pollutionen, Impotenz führen, ferner auf die vasomotorischen Störungen, welche Congestionen und Schwindelempfindungen zur Folge haben, auf die Unregelmässigkeiten der Athmungs- und Herzthätigkeit, die als Beklemmungs- und Erstickungsgefühle, endlich auf die Abweichungen in der Function der Sinnesorgane die in den mannigfaltigsten subjectiven Beschwerden zum Ausdruck kommen.

Alle diese und ähnliche Empfindungen, welche aufzuzählen hier zu weit führen würde, bilden die Grundlage, auf der sich der hypochondrische Zustand besonders leicht und oft entwickelt. Wann dies geschieht, ist je nach der Art des einzelnen Falles verschieden, ebenso lässt sich auch über die weitere Gestaltung der hypochondrischen Erkrankung nichts Allgemeines sagen.

Nicht selten werden neben den typischen hypochondrischen Vorstellungen auch hier Phobien und Zwangsvorstellungen verschiedener Art beobachtet; dabei handelt es sich aber meist um constitutionell psychopathische Individuen.

Die neurasthenische Hypochondrie tritt meist subacut auf. Die Prognose hängt in den nicht auf constitutionell psychopathischer Grundlage entstandenen Fällen wesentlich davon ab, ob es möglich ist, die neurasthenischen Beschwerden zu beseitigen.

Beobachtung 16. 44jährige Frau; Vater war nervös, sonst nichts von Belastung bekannt. Patientin war früher gesund, heiter, normal. Vor

20 Jahren nach dem ersten Wochenbett (schwere Entbindung) war sie längere Zeit deprimirt, hatte trübe Gedanken, sprach wenig. Uebermässige Anstrengung in der Häuslichkeit und eine körperliche Erkrankung, die für Influenza gehalten wurde, hatte gegen Anfang 1903 einen grossen körperlichen Schwächezustand zur Folge, von dem sie sich gar nicht erholen konnte. Sie schläft seitdem schlecht, hat nachts Beklemmungsgefühle, fühlt sich verändert (es ist, wie wenn der Lebensfaden abgeschnitten, als wenn kein Leben in ihr, der Kopf ganz leer wäre); sie könne nichts mehr schaffen, weil ihre Kraft so schnell versage. Wenn sie sich ruhig hinlege. sei es im Kopf noch schlimmer, die Gedanken drängen sich untereinander. Sie beschäftigt sich viel mit ihrem Zustande, meint, sie habe damals keine Influenza, sondern einen „Nervenschlag" gehabt, sie bekomme die Gehirnerweichnng, sie müsse wie ihr Vater elend zu grunde gehen. Es sei, als hätte sie kein Blnt mehr, als würde alles Schleim, was sie esse und trinke. Das Leblose und Todte in ihrem Körper beunruhige sie, dazu allerhand unangenehme Empfindnngen, wie Pulsiren im Magen etc.; diese Veränderungen gehen nach ihrer Meinung vom Gehirn und Herzen aus. Verliert die anderen Interessen, meint selbst, sie habe keine Wahl; die Gedanken seien eine Macht, das komme alles von der veränderten Empfindnng her.

Beobachtung 17. 33jährige Frau. Grossmntter soll früher ähnlichen Zustand gehabt haben; sonst hereditär nichts.

Patientin war als Kind normal, nicht besonders begabt. War gesund bis December 1891, vielleicht im allgemeinen etwas nervös (Kopfschmerzen, fliegende Hitze).

Im December 1891 strengte Patientin sich während einer Influenza-Epidemie bei der Pflege ihrer entbundenen Schwester sehr an; bekam dabei, während sie gerade menstruirte, eine Erkältung und erkrankte selbst an Influenza. Seitdem körperlich schwach und mit kurzen Unterbrechungen bettlägerig. „Die Hitze war zurückgeschlagen auf den Dickdarm, in dem alles sitzen blieb", sie bekam „Brust- und Leibkrämpfe", „es zog ihr die Zunge ganz tief in den Hals", sie bekam bei voller Besinnung Zuckungen und Zittern im Gesicht und in den Gliedern. Hatte mannigfaltige Schmerzen und Brennen im Gesicht, an den Armen, in der Brust. Allmählich Verschlimmerung dieser Beschwerden, Anfälle gegenstandsloser Angst. Meint, unheilbar krank zu sein; spricht immer von ihrem Tode; fühlt, wie sich alles in ihrem Halse zusammenzieht, wie alles in ihr todt, verbrannt ist. Sie bekomme keine Luft, der Magen sei ganz schlecht, die Zunge desgleichen, der Stuhlgang zu hell. Ohren und alles ziehen sich zusammen; alles in ihr werde zu kurz und zu klein, das Gehirn wolle oben zum Kopfe heraus. Erwartet täglich ihren Tod. Sehr deprimirt.

Beobachtung 18. 26jähriger junger Mann; mütterlicherseits psychopathisch belastet, in der Kindheit an Otitis media erkrankt, schwerhörig. Mittelmässig begabt. Starke Masturbation seit dem 12. Lebensjahre, nervöse Folgeerscheinungen im 15. bis 16. Jahre zuerst bemerkbar: Reizbarkeit, kein erquickender Schlaf, eingenommener Kopf, Unfähigkeit zu regelmässiger Beschäftigung. Allmählich zunehmende Selbstbeobachtung; betrachtet sich viel im Spiegel, controlirt sein Aussehen genau, misst jedem ungewohnten Körpergefühl wichtige Bedeutung bei, nimmt sich vor Witterungseinflüssen ängstlich in acht, duldet kein offenes Fenster in seinem Zimmer etc.

Gelegentlich eines Bronchialkatarrhs glaubt er, schwindsüchtig zu sein; hat zahlreiche Empfindungen, die er darauf bezieht, hält sich für äusserster Schonung bedürftig.

Weiterhin Unfähigkeit, seine Gedanken zusammenzuhalten, zunehmende Energielosigkeit und Abneigung gegen seinen Beruf, Verlust des Selbstvertrauens. Kauft sich, um von der Onanie loszukommen, verschiedene in den Zeitungen annoncirte Bücher entsprechenden Inhaltes, studirt den betreffenden Artikel im Conversationslexikon und Bock's Buch vom gesunden und kranken Menschen, er findet durch Selbstbeobachtung an sich eine grosse Menge der dort beschriebenen Folgeerscheinungen der Onanie und schliesst aus grossem Schwächegefühl im Rücken, dass er die Rückenmarksschwindsucht habe. Später normaler Geschlechtsverkehr, glaubt sich dabei angesteckt, hat sogleich brennende Empfindungen in der Harnröhre, obwohl er ganz gesund ist. Wechselnde Stimmung entsprechend den sonstigen Zustandsänderungen. Zeitweise tief deprimirt und lebensüberdrüssig.

Beobachtung 19. 46jähriger Mann; Schwester „nervenkrank", aufgeregt. Vater trank, starb nach Schlaganfall.

Patient litt als Knabe an Kopfweh und Schwindelanfällen, diente beim Militär, war dann gesund, heiratete, hat mehrere gesunde Kinder. Seit 1886 jedes Jahr im Frühling Magenbeschwerden, ferner im August 1899 „Schleimfieber", im November 1900 Unfall (fiel mit dem Kopf auf harten Gegenstand), keine besonderen Folgeerscheinungen. Patient hatte sich seit dem Schleimfieber (1899) nicht recht erholt, konnte nicht so arbeiten wie früher. Im Sommer 1900 mehrtägiger Dickdarmkatarrh („Ruhr"?), im Februar 1901 wieder Magenbeschwerden: Brechreiz, Uebelkeit. Kam körperlich sehr herunter. Aus jener Zeit: Druck im Kopf, als wenn dieser auseinander gehen wollte; Kopfschmerz überall; dann wie Krampf in den Kiefern, die wie gelähmt seien. Der ganze Kopf pelzig und, wenn er so übers Gesicht fahre, sei es, als habe er kein richtiges Gefühl im Kopfe. In den Ohren sei es ganz dick; ferner stecke etwas im Halse. In den Füssen und Armen sei es, wie wenn er so steif wäre. Es sei eine allgemeine Schwäche. Vor den Augen flimmere es; beim Lesen werde es ihm bald schwarz vor den Augen. In der linken Hand und dem linken Fuss taubes Gefühl, die Zehen seien manchmal „ganz verschlafen". Urinlassen gehe auch nicht; es gebe keinen Strahl, sondern rolle so hin. An den Lippen sei es, wie wenn es brennen würde. An der Nase habe er ein taubes Gefühl. Der Schlaf sei schlecht; es thue ihm alles weh, die Glieder und das Kreuz; er sei so müde. In die Magen- und Herzgegend ziehe manchmal ein Drücken und ein Angstgefühl; er meine, es mache ihm den Garaus. Er werde sehr müde beim Gehen, ganz steif. Die Potenz habe zuerst nachgelassen, sei seit einem Vierteljahr ganz weg; einmal sei ihm der Same im Schlaf abgegangen. Zuweilen habe er Athembeschwerden mit Erstickungsgefühl und meine, sterben zu müssen. Das Essen stärke oder nähre ihn nicht. Wenn er sich früher beim Rasiren einmal schnitt, so habe es geblutet; jetzt komme kaum ein Tröpfchen, auch sehe das Blut ganz anders, wässerig aus. Ihm mache gar nichts mehr Freude. Objectiv ausser reducirtem Ernährungszustande und chronischem Magenkatarrh nichts Besonderes. Stimmung tief deprimirt.

Beobachtung 20. (Traumatische Hypochondrie.) 37jähriger Mann früher gesund gewesen. Am 23. August 1903 Trauma capitis (fiel mit dem Hinterkopf gegen eine scharfe Kante, war $1^1/_2$ Stunden bewusstlos; nachher

Uebelkeit, kein Erbrechen. Längere Bettbehandlung. Noch ungeregelter Entschädigungsanspruch). Seitdem Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, die, beim Versuch zu arbeiten, zunahmen; Abnahme der Kraft in den Armen und Beinen; spannende Schmerzen in diesen, ferner Eingeschlafensein und Gefühllosigkeit. Rasche Ermüdung beim Gehen. Stimmung anfangs gut und hoffnungsvoll; dann bei Ausbleiben der erhofften Besserung zunehmende Depression; er stellte sich vor, dass er zeitlebens krank bleiben müsste, wurde darin von Bekannten bestärkt. Glaubte auch, ganz dumm und vergesslich zu werden. Vor den Augen zittere und verschwimme ihm alles.

In der Klinik: Schläft schlecht. Behauptet, nicht hören zu können (unbegründet). Gesichtsfeld beiderseits hochgradig concentrisch eingeschränkt. Sensibilität allgemein herabgesetzt. Kraftlosigkeit aller Bewegungen, behauptet, Schmerzen dabei zu haben; Händedruck beiderseits gleich null. Gedächtnis und Merkfähigkeit erheblich geschwächt. Psychisch: traurige, hoffnungslose Stimmung; sitzt ganz theilnahmlos herum, spricht leise und langsam, interessirt sich für nichts ausser seinem Leiden; ist überzeugt, nicht wieder besser zu werden, verspricht sich nichts von der eingeleiteten Behandlung. Klagt über Kopfschmerzen und Kraftlosigkeit der linken Hand, die ganz unbrauchbar sei; spricht lediglich von sich und von seinen Beschwerden; grübelt beständig darüber.

Auch bei den Fällen der dritten Reihe bilden Störungen des Gemeingefühls die deutlich erkennbare Grundlage der hypochondrischen Erkrankung. Jene sind hier aber nicht durch eigentlich pathologische Processe, sondern wesentlich durch gewisse physiologische körperliche Umwandlungsvorgänge bedingt.

Hier kommt besonders eine Gruppe weiblicher Kranker in Betracht, welche gewöhnlich wegen verschiedenartiger auf die Sexualorgane bezogener Beschwerden zunächst den Frauenarzt aufsuchen, um von diesem mit völlig negativem oder gleichgiltigen Localbefunde dem Nervenarzt überwiesen zu werden. Meist handelt es sich dabei um Frauen im klimacterischen Alter und Beschwerden allgemeiner und unbestimmter Art, die jene beunruhigen und den Anlass zu mehr oder weniger typischen hypochondrischen Befürchtungen und Umdeutungen geben.

Gerade hier ergeben sich aber vielfache Beziehungen zu den Fällen der zuletzt besprochenen Reihe, weil auch bei diesen Kranken erschöpfende Einflüsse durch schlechte Ernährung, unregelmässige starke Blutverluste, schwere Arbeit sehr häufig gleichzeitig wirksam sind. Immerhin lassen sich solche nicht immer nachweisen und es scheint wohl gerechtfertigt, diese Fälle als Hypochondrie des Rückbildungsalters der Melancholie derselben Altersperiode an die Seite zu stellen; thatsächlich finden sich im 5. und 6. Lebensjahrzehnt hypochondrisch-melancholische Mischformen verhältnismässig häufig; es handelt sich dabei meist um chronische Fälle von zweifelhafter, aber wohl nicht absolut ungünstiger Prognose.

An diese Fälle schliessen sich endlich als letzte hier zu besprechende Unterform die hypochondrischen Zustände des Seniums insofern an, als mit den physiologischen Altersveränderungen zusammenhängende fremdartige Empfindungen den Anlass zu vermehrter Selbstbeobachtung und hypochondrischer psychischer Verarbeitung geben können. Da aber auch hypochondrische Zustände der oben in erster und zweiter Reihe besprochenen Arten sehr wohl noch im höheren Alter vorkommen können, rechtfertigt sich die Specialbezeichnung „senile Hypochondrie“ nur für die Fälle, bei denen ein specifisch „seniles“ Moment in dem phantastisch schwachsinnigen Charakter der wahnhaften Umdeutung jener Empfindungen zum Ausdruck kommt.

Beobachtung 21. 60jährige Frau, Mutter soll geisteskrank gewesen sein; vor etwa 17 Jahren Brust- und Rippenfellentzündung, sonst gesund bis vor 9 Jahren: damals in der Menopause Kopfschmerzen, Leib-, Rücken-, Brustschmerzen, allgemeines Schwächegefühl, Appetit- und Schlaflosigkeit. Seitdem niemals ganz frei von Beschwerden. Im letzten Jahre Verschlimmerung: liegt zu Bett, jammert über allerlei Schmerzen, Schwächezustände, Zittrigkeit der Glieder, äussert, sie könne nicht mehr empfinden, sei wie todt, habe keinen Leib mehr, der Leib sei abgestorben sie schmecke nichts mehr etc., äussert immer neue Beschwerden.

In der Klinik ähnliche Klagen: sie spüre nichts, keinen Hunger und keinen Durst etc.; so sei es auch im ganzen Leib, da drinnen sei alles todt; wenn sie sich anrühre. so sei alles pelzig; auch die Brüste seien mausetodt, die spüre sie auch nicht mehr. Sie vergesse auch leicht, die Auffassung sei nicht mehr so gut. Dabei Stimmung wechselnd, nur zeitweise stärker deprimirt. Sensibilitätsprüfung ergibt normales Verhalten. Guter allgemeiner Ernährungs- und Kräftezustand.

Beobachtung 22 (hypochondrisch-melancholische Form). 52jährige Frau, angeblich hereditär nicht belastet. Gut begabt, früher körperlich und geistig normal, bis zum klimacterischen Alter regelmässig menstruirt, lebt in geordneten Verhältnissen. Mehrere gesunde Kinder, vorher einige Aborte.

Seit längerer Zeit Klagen über Kopfschmerzen. In den letzten 2—3 Jahren unregelmässige Menstruation, Leibschmerzen, seit etwa 3 Monaten Menopause. Damals wurde besonders über heftige Schmerzen, Krämpfe im Bauch geklagt. Patientin glaubte an einem schweren Magen- oder Unterleibsleiden erkrankt, unheilbar zu sein, wollte das Bett nicht mehr verlassen; so oft sie von anderen Kranken im Ort hörte, erkundigte sie sich nach den Erscheinungen und bildete sich ein, dieselbe Krankheit zu haben. Sie veranlasste alle möglichen Bekannten, sie zu besuchen, um sie auszuforschen, ob sie nicht von den ihrigen ähnlichen Krankheitserscheinungen gehört hätten. Den Arzt fragte sie bei jedem Besuch ängstlich, ob sie nicht diese oder jene unheilbare Krankheit habe. Die Stimmung wurde immer gedrückter, die Ueberzeugung, unheilbar zu sein, immer fester; das Angstgefühl steigerte sich immer mehr und trieb sie im Hause herum und aus dem Hause heraus; einmal heftiger ängstlicher Erregungszustand, sucht diesen mit rasenden Bauchschmerzen zu erklären; sie müsse Tag und Nacht an ihren Krankheitszustand denken, meint, einen bösen Geist in sich zu haben. Weiterhin Selbstvorwürfe zunächst

wegen eines Suicidversuches und wegen ihrer Ungeduld im Ertragen der Leiden, dann auch wegen ihres Verhaltens gegen ihren Mann. Zuletzt abwechselnd hypochondrische und melancholische Aeusserungen; letztere überwiegend.

Beobachtung 23. 61jährige Frau, angeblich keine Heredität, seit 2 Jahren an Arthritis deformans leidend. Seit 1 Jahr etwas „nervös“, erregt. Beginn der jetzigen Erkrankung vor einigen Wochen angeblich nach einer Bemerkung einer Bekannten, dahingehend: sie hätte zu viel Arznei bekommen und würde wohl vergiftet sein. Bemerkt seitdem, dass ihre Zunge geschwollen sei, meint vergiftet zu sein, verhungern zu müssen; schreit und tobt zeitweise, weil sie nichts essen könne, stöhnt, jammert; sie könne die Zunge nicht zeigen, diese sei wund, geschwollen; ihr Körper sei unheilbar vergiftet, ihre Eingeweide seien vertrocknet, die Kehle und der Magen seien zugeschnürt, sie bekomme am Nabel keine Luft, habe keinen Stuhlgang, könne nicht uriniren. Weiterhin: sie habe den Satan im Leibe, sei schlecht, habe von Jugend auf gesündigt. Sie will am Leibe aufgeschnitten, ausgekratzt, ferner tracheotomirt sein etc.

IV.

Nosologische Stellung der Hypochondrie, nebst Bemerkungen zur Pathogenese der hypochondrischen Zustände.

Wie schon in der Einleitung gezeigt worden ist, hat die bis dahin nicht angezweifelte klinische Selbständigkeit der Hypochondrie mit dem Bekanntwerden der Neurasthenie eine schwere und niemals wieder ausgeglichene Erschütterung erfahren.

Die schon von Beard selber und nach ihm von R. Arndt und anderen vertretene Meinung, dass die Hypochondrie keine selbständige Krankheit, sondern nur eine Theilerscheinung der Neurasthenie sei, hat weiterhin eine immer zahlreichere Anhängerschaft gefunden und heute wird diese Frage, die eine Zeitlang in der Literatur eine Rolle spielte, von der überwiegenden Mehrzahl der Fachgenossen als in oben gedachtem Sinne erledigt angesehen.

Thatsächlich ist sie dies indessen noch nicht, da immer noch eine Minderheit vorhanden ist, welche in der Hypochondrie nicht — nach Redlich's [1]) originellem Ausdruck — nur einen „stehengebliebenen Posten aus der prähistorischen Zeit der Psychiatrie", sondern eine Krankheit sui generis sieht.

Indessen hat der Gegensatz zwischen dieser Minderheit und jener Mehrheit in neuerer Zeit wohl viel von seiner ursprünglichen Schärfe verloren. Kennzeichnet doch Jolly [2]) das Verhältnis der Neurasthenie zur Hypochondrie neuerdings in der Weise, dass fast ohne Ausnahme der hypochondrische Zustand sich auf neurasthenischer Grundlage entwickle und dass es gerade die durch die Neurasthenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung seien, welche die eigentliche Materie für die hypochondrischen Beängstigungen, Befürchtungen und Vorstellungen werden;

---

[1]) E. Redlich, Ueber Psychosen bei Neurasthenikern, Vortrag in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums' am 17. November 1902. Urban & Schwarzenberg, 1902.

[2]) l. c., vgl. S. 13.

und Binswanger[1]) erachtet es für zweifellos, dass die Hypochondrie auf dem Boden der Neurasthenie erwachse und nur eine Weiterentwicklung, eine Verschärfung des Nervenleidens nach der psychischen Seite hin darstelle.

Anderseits ist auch der Standpunkt der Mehrheit kein ganz einheitlicher und klarer, denn der von dieser auf ihre Fahne geschriebene Satz, dass die Hypochondrie nichts weiter als ein Symptom der Neurasthenie sei, hat nicht für alle, die ihn vertreten, dieselbe Bedeutung. Dies hängt mit der verschiedenen Interpretirung des Begriffes der Neurasthenie zusammen, der hier einer kurzen Erörterung bedarf.

Kraepelin hat kürzlich von einem anderen Gesichtspunkte aus[2]) die unter dieser Bezeichnung zusammengefassten sehr verschiedenartigen Krankheitsbilder einer Revision unterzogen, nachdem er schon in seinem Lehrbuche[3]) mit Recht die Unklarheit bedauert hatte, welche durch das Zusammenwerfen der chronischen nervösen Erschöpfung (erworbenen Neurasthenie) mit den „psychopathischen Zuständen“ der angeborenen Neurasthenie in die betreffenden klinischen Darstellungen hineingetragen würde.

Unzweifelhaft handelt es sich bei diesen beiden Krankheitsformen um Zustände, die ungeachtet der oben wiederholt hervorgehobenen Vermischungen und Uebergänge ihrem Wesen nach verschieden von einander sind. Wenn sie gleichwohl schlechtweg als „Neurasthenie“ zusammengefasst werden, so muss der oben erwähnte Satz eine andere Bedeutung gewinnen, je nachdem man diesen Begriff enger, d. h. nur im Sinne der eigentlichen, durch die im zweiten Capitel aufgeführten schwächenden Momente bedingten Erschöpfungsneurose oder weiter d. h. zugleich auch im Sinne der constitutionell psychopathischen Zustände interpretirt.

Thatsächlich finden wir denn auch, dass z. B. Kraepelin, der erstgenannten Auffassung entsprechend, auch die hypochondrischen Vorstellungen von der Erschöpfung ableitet und demgemäss die Fälle, in denen eine solche Schädlichkeit fehlt, nicht der Neurasthenie, sondern anderen Krankheitsgebieten zuweist, dass hingegen die überwiegende Mehrheit der Fachgenossen schlechthin alle Fälle von Hypochondrie, die nicht blosse Episoden im Verlaufe anderer Geistesstörungen sind, als Neurasthenie auffasst, ohne eine engere Umgrenzung dieses Begriffes vorzunehmen, was eine entsprechend weitere Auffassung auch des Begriffes der Hypochondrie in sich schliesst.

---

[1]) l. c., vgl. S. 16.

[2]) E. Kraepelin, Die Diagnose der Neurasthenie. Münchner med. Wochenschr., 1902, Nr. 40.

[3]) Derselbe. Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Auflage, Bd. II, S. 45.

Es ist demnach zum Verständnis der Beziehungen zwischen der Hypochondrie und der Neurasthenie erforderlich, den Begriff der letzteren möglichst scharf und eng, d. h. im Sinne der eigentlichen nervösen Erschöpfung zu fassen, wie dies im vorhergehenden durch die Abgrenzung einer besonderen „constitutionellen“ Form der Hypochondrie beabsichtigt ist.

Zunächst wird aber die Frage zu erörtern sein, ob sich eine eigentliche selbständige Krankheit Hypochondrie aufrecht erhalten lässt.

Definitionen der Hypochondrie sind gegeben von Jolly, Schüle, Krafft-Ebing, Mendel, Boettiger u. a.

Die am meisten citirte Umschreibung Jolly's vom Jahre 1877 lautet mit dem später von Hitzig gemachten Zusatz[1]); „Hypochondrie ist jene (auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende) Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist.“

Die Definitionen von Schüle und Krafft-Ebing sind oben (S. 8 und S. 12) bereits mitgetheilt. Diese Forscher stimmen untereinander und mit Hitzig darin überein, dass sie eine primäre Empfindungsstörung, und zwar eine „psychische Hyperästhesie auf dem Empfindungsgebiet“ (Schüle), eine „Hyperästhesie und Depression der Gemeingefühlsempfindung“ (Krafft-Ebing) als die Grunderscheinung der Hypochondrie ansehen, von der sich die anderen Störungen ableiten lassen.

Denselben Standpunkt nimmt Boettiger ein, während Mendel (s. S. 10) sich ähnlich wie Jolly u. a. darauf beschränkte, die wesentlichen Symptome der Hypochondrie anzugeben. Neuerdings hat Redlich,[2]) der übrigens die Selbständigkeit der Hypochondrie nicht anerkennt, die oben angeführte Jolly'sche Definition auch mit dem Amendement Hitzig's als noch nicht ganz zureichend bemängelt, weil nicht nur die Selbstempfindung, sondern vor allem auch die weitere psychische Verwertung und Verarbeitung dieser krankhaften Empfindungen pathologisch sei. Es kann hier jedem überlassen bleiben, eine entsprechende weitere Ergänzung der obigen Definition vorzunehmen.

Wenn man diese und andere hier nicht aufgeführte Versuche einer Umschreibung der Hypochondrie überblickt, so zeigt sich, dass es sich dabei durchweg nur um mehr oder minder glückliche Zustands- und Symptomschilderungen handelt, die zwar zum Theil einen Ausblick auf die Pathogenese eröffnen, mit bezug auf Aetiologie, Verlauf, Ausgänge des Leidens aber keinen Aufschluss geben.

---

[1]) Der Hitzig'sche Zusatz ist durch die Klammer kenntlich gemacht.

[2]) l. c., vgl. S. 53.

Aus den Specialschilderungen der verschiedenen Autoren ergibt sich dann weiter, dass die einzelnen Fälle in diesen Punkten die allergrössten Verschiedenheiten zeigen.

Dementsprechend gelingt es — am besten mit Zuhilfenahme der Jolly-Hitzig'schen Definition — ohne Schwierigkeit, eine grosse Anzahl von Fällen herauszufinden, die jenen Zustandsbildern entsprechen. Bei näherer Betrachtung ergibt sich aber, dass das so gewonnene Material äusserst verschiedenartig zusammengesetzt ist.

Zunächst enthält es auch jene hypochondrischen Zustände, welche sich bei den verschiedensten krankhaften Störungen, so z. B. bei den angeborenen geistigen Schwächezuständen, den Pubertätspsychosen, der Paranoia, dem circulären Irresein, der progressiven Paralyse, der Dementia senilis etc., ferner zuweilen auch bei der Epilepsie als mehr oder minder flüchtige Episoden finden und hier von vorneherein ausgeschieden werden müssen.

Aber auch wenn man sich lediglich auf die Fälle beschränkt, in denen der in obiger Definition geschilderte Zustand eine gewisse Dauer und Selbständigkeit hat, so bleiben doch in bezug auf die Aetiologie und die Verlaufs- und Ausgangsarten der in Betracht kommenden Fälle weitgehende Differenzen bestehen.

In ersterer Hinsicht kann hier auf die Ausführungen des speciellen Theiles dieser Arbeit hingewiesen werden. In letzterer Beziehung finden wir z. B. in Krafft-Ebing's letzter Darstellung des hypochondrischen Irreseins neben solchen Fällen, die in Wochen oder Monaten in Genesung endigen, als nicht selten solche mit Ausgang in geistige Schwäche erwähnt und ferner die Uebergänge der Hypochondrie in gewisse Zustände hypochondrischer Paranoia als fliessende bezeichnet. Ebenso steht in der Darstellung anderer Autoren, mit der auch die oben von uns gegebene im wesentlichen übereinstimmt, der unheilbaren, exquisit chronischen und nur zeitweise remittirenden constitutionellen Form die accidentelle Hypochondrie sowohl mit ganz acut einsetzenden und schnell günstig verlaufenden als auch mit subacuten und chronischen, heilbaren und unheilbaren Fällen gegenüber.

Es ergibt sich hieraus, dass die Bezeichnung Hypochondrie, in dem allgemein gebräuchlichen Sinne, **kein einheitliches Krankheitsbild bedeutet, sondern sehr verschiedenartige Zustände deckt.**

Gibt es nun unter diesen überhaupt einen, der die eigentliche Krankheitsbezeichnung „Hypochondrie" verdient? Mit anderen Worten: gibt es überhaupt eine selbständige Krankheit dieses Namens?

Wenn die soeben erörterte Vieldeutigkeit des Hypochondriebegriffes schon nicht für eine leichte Abgrenzbarkeit einer solchen Krankheitsform spricht, so ergibt vollends die nähere Betrachtung der einzelnen

früher beschriebenen Bilder, dass diese sich sämmtlich auf andere wohlbekannte Krankheitsformen zurückführen und innerhalb dieser unterbringen lassen, und dass es immer dieser Grundzustand ist, der dem Fall sein specifisches Gepräge gibt und seinen Verlauf und Ausgang bestimmt, während die Hypochondrie als solche in dieser Hinsicht nur eine rein äusserliche Rolle spielt. So haben wir es bei den constitutionell hypochondrischen Formen nur mit einer besonderen Abart der „psychopathischen Zustände“ oder der allgemeinen psychopathischen Degeneration zu thun. Von den accidentellen Formen gehören die durch erschöpfende und schwächende Momente bedingten Fälle, die oben in zweiter Reihe besprochen wurden, dem Krankheitsgebiete der Neurasthenie an, während die zuletzt geschilderten klimacterischen etc. Hypochondrien, insoweit nicht auch sie, mit Rücksicht auf auch bei ihnen wirksame schwächende Momente, besser der Neurasthenie zuzuweisen sind, wiederum nur eine Specialform der depressiven Psychosen des Rückbildungsalters darstellen.

Eine Sonderstellung scheint nur die oben zuerst besprochene Reihe von Fällen eigentlicher „ideagener“ Hypochondrie einzunehmen. Krafft-Ebing hat in dem betreffenden Abschnitt dieses Handbuches bei der Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Neurasthenie und Hypochondrie, wie oben (S. 13) bereits erwähnt wurde, auf dieses „ideagene“ Moment bei der Diagnose der Hypochondrie ganz besonderes Gewicht gelegt: „Die Wahnvorstellungen beim Hypochonder sind primäre krankhafte Schöpfungen seiner Phantasie, Primordialdelirien, wie sie bei der Paranoia zu treffen sind. Seine abnormen Sensationen sind auf dem Wege der Vorstellung in die Leiblichkeit hinein projicirte Vorgänge (Romberg), wobei die psychosensorielle Hyperästhesie in dem ganzen Gebiet des Gemeingefühls ihr bis zu hallucinatorischer Deutlichkeit und objektiver Stärke in der Peripherie sich erstreckendes Bewusstwerden bedingen mag. Aber diese Sensationen sind secundäre, aus krankhafter Idee entstandene, wenn sie auch rückwirkend diese unterhalten und stützen mögen.“

Hiegegen ist nun geltend zu machen, im allgemeinen, dass eine solche Entstehungsweise der hypochondrischen Empfindungen und Vorstellungen sich in der Praxis kaum jemals mit Sicherheit erweisen lassen wird, da das primäre Vorhandensein abnormer Sensationen zum mindesten niemals ausgeschlossen werden kann, im besonderen, dass es auch in den Fällen, von denen bei dieser Betrachtung ausgegangen wurde, sehr zweifelhaft erscheint, ob die betreffende Störung in der That „aus krankhafter Idee“ entstanden ist. Jedenfalls handelt es sich da, wo es auf diesem Wege zur dauernden Einnistung hypochondrischer Vorstellungen kommt, wohl annähernd ausnahmslos um Individuen, die entweder durch

originäre Veranlagung oder durch vorausgegangene erschöpfende Momente schon vorher besonders disponirt waren. Im übrigen weist gerade der flüchtige Charakter solcher Verstimmungen, die, wie die Erfahrung an jungen Medicinern zeigt, durch autoritative Gegensuggestionen meist rasch und dauernd beseitigt werden, darauf hin, dass es sich hier nicht um Geistesstörungen im eigentlichen Sinne, sondern mehr um eine Art psychischer Shockwirkung handelt, die in der Entstehung gewisser Schreckneurosen ihre Analogien hat. Der Umstand, dass hier Vorstellungen, die aus ähnlichen Anlässen auch bei anderen häufig auftauchen, aber alsbald abgewiesen werden, eine gewisse Stabilität erlangen und eine derartige Wirkung entfalten, lässt sich, insoweit vorher wirklich Gesunde davon betroffen werden, aus zufälligen und vorübergehenden psychischen Constellationen erklären, die uns ihrem Wesen nach unbekannt sind, bei denen aber Anomalien der Affectlage jedenfalls eine wesentliche Rolle spielen.

Auch diese Fälle rechtfertigen demnach die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes nicht.

Noch weniger als auf dem soeben eingeschlagenen Wege lässt sich die „Hypochondrie" auf Grund der speciellen Symptomatologie klinisch umgrenzen.

Auch in den Fällen, auf welche die oben gegebene Definition vollständig passt, finden sich fast immer Züge, die anderen Krankheitsformen angehören, so dass man in der Praxis dem einzelnen Fall gegenüber zeitweise immer zweifelhaft wird, ob man ihn nicht richtiger einer von diesen zuweisen soll. Besonders deutlich zeigt sich dies in den Fällen, in denen sich zu einer auf krankhafter Selbstempfindung beruhenden traurigen Verstimmung mit hypochondrischen Vorstellungen weiterhin melancholische Verkleinerungs- und Versündigungsideen gesellen, da es dann oft ganz willkürlich ist, ob man den Fall als melancholische Hypochondrie oder als hypochondrische Melancholie classificiren will.

Was die Symptome im einzelnen betrifft, so kann die traurige Verstimmung nicht als zuverlässiges, diagnostisches Merkmal dienen: denn sie ist auch bei ausgesprochen hypochondrischer Vorstellungsrichtung keineswegs immer in entsprechender Erheblichkeit vorhanden. Ebenso kommt die Erregung und Verstärkung von Empfindungen durch Vorstellungen, das „hypochondrische Element" im Sinne Romberg's (vgl. S. 4), in nur quantitativ verschiedener Weise auch unter anderen abnormen Verhältnissen vor. Somit bleibt als einziges specifisch hypochondrisches Moment die besondere Richtung und Färbung der Vorstellungen oder — wie Krafft-Ebing es treffend ausdrückt — „die stete Bereitschaft zu allegorischer, vielfach ganz absurder Verarbeitung der Sensationen". Hier haben es wir aber eben nur mit einem Symptom zu

thun, einer Art psychischer Elementarstörung, die nicht die Grundlage eines selbständigen Krankheitsbildes sein kann.

Wir kommen hienach zu dem Schluss, dass die Hypochondrie als eigentliche Krankheit nicht aufrecht erhalten werden kann, dass sie vielmehr nur einen psychopathologischen Zustand, eine krankhafte psychische Disposition besonderer Art darstellt.

Gleichwohl kann es aus praktischen Gründen wünschenswerth und gerechtfertigt sein, für gewisse, besonders ausgesprochene hypochondrische Zustandsbilder die Bezeichnung „Hypochondrie" beizubehalten. Wenn man die soeben dargelegte Auffassung als zutreffend anerkennt, wird man dies aber nur mit einer entsprechenden Reservatio mentalis thun dürfen.

Da der hypochondrische Zustand, wie im vorstehenden gezeigt worden ist, bei Krankheitsformen der allerverschiedensten Art vorkommt, wird angenommen werden müssen, dass diesen bei aller sonstigen Ungleichartigkeit doch gerade diejenigen Factoren gemeinsam sind, deren Vorhandensein für das Zustandekommen der hypochondrischen Erkrankung unerlässliche Voraussetzung ist.

Welches sind nun diese pathogenetisch wichtigen Factoren?

Wir haben hier auszugehen von derjenigen psychischen Elementarstörung, welche von der Mehrzahl der Autoren als die Grundlage der Hypochondrie angesehen wird: von der krankhaften Veränderung der Selbstempfindung.

Der im vorstehenden schon wiederholt verwendete Begriff der „Selbstempfindung" bedarf hier des besseren Verständnisses wegen noch einer kurzen Erläuterung. Wir fassen unter der genannten Bezeichnung alle jene aus inneren Reizen hervorgehenden, in den wechselnden Zuständen der Körperorgane begründeten und unser subjectives Gesammtbefinden wesentlich beeinflussenden Empfindungen zusammen, auf denen unsere Auffassung des eigenen Körpers beruht. Unter normalen Verhältnissen gehen diese Empfindungen mit den ihnen anhaftenden Gefühlstönen ungesondert in den Complex des Gemeingefühls ein, das mit seinen physiologischen Schwankungen für uns etwas Gegebenes und Unzerlegbares bleibt. Dementsprechend haben wir in der Norm von unserem Körper nur eine Gesammtempfindung und wissen von dem Verhalten und Functioniren unserer Organe im einzelnen aus eigener Erfahrung nichts.

Dieses Verhältnis muss sich ändern, wenn unter krankhaften Umständen, infolge einer abnormen Beschaffenheit der die Gefühlsbahnen aufnehmenden centralen Sinnesgebiete, nicht nur die gering-

fügigsten pathologischen, sondern auch schon die leisen, mit den physiologischen Körpervorgängen verbundenen Reize quantitativ und qualitativ abnorm (illusionär) percipirt werden, oder wenn gar rein hallucinatorische Empfindungen entstehen, denen gar kein peripherischer Vorgang entspricht, die aber infolge einer in dem Gesetz der excentrischen Empfindung zum Ausdruck kommenden zwangsmässigen Selbsttäuschung von dem Individuum gleichwohl nach aussen verlegt werden.

Die centralen Veränderungen, welche dieser krankhaft veränderten Selbstempfindung zu grunde liegen müssen, sind uns ihrem eigentlichen Wesen nach unbekannt; immerhin wird die allgemeine Auffassung gerechtfertigt sein, dass es sich dabei um abnorme Vorgänge in der Rinde des Grosshirns, insbesondere der Sinnescentren handelt, denen von seiten dieser eine Veränderung der Reaction im Sinne einer abnorm leichten Erregbarkeit der betreffenden nervösen Complexe, also eine Art psychischer Hyperästhesie entspricht.

Wenn nun eine solche auch keineswegs als für die Hypochondrie pathognomonisch angesehen werden kann, da die krankhafte Veränderung der Selbstempfindung auch bei anderen Psychosen und Neurosen eine bedeutsame Rolle spielt, so hat diese doch bei der Hypochondrie eine besondere pathogenetische Bedeutung; denn hier bestehen zwischen den falschen Empfindungen und den charakteristischen, krankhaften Vorstellungen ganz unmittelbare innere Beziehungen, da die letzteren jene Empfindungen selbst zum Inhalt haben und gewissermassen directe Umwerthungen von ihnen darstellen. Diese Beziehungen sind aber wechselseitige, da nicht nur die Empfindungen den Vorstellungen Richtung und Inhalt geben, sondern auch umgekehrt die Vorstellungen ihren schon in der Norm erkennbaren verstärkenden und erregenden Einfluss auf die Empfindungen hier in besonders ausgesprochener Weise ausüben.

Dies lässt sich am besten bei einer Gruppe von Krankheitsfällen erkennen, bei der hypochondrische Zustände besonders häufig und oft gewissermassen unter den Augen des Beobachters zur Entwickluug kommen: nämlich bei gewissen traumatischen Neurosen.

Hier haben wir es zwar meist mit solchen Individuen zu thun, bei denen eine Neurasthenie oder Hysterie — bedingt durch die psychische Erschütterung bei dem Unfall selbst, weiterhin durch die oft dauernd einwirkenden materiellen Sorgen sowie die körperliche Schwächung bei mangelhafter Ernährung, gestörtem Schlaf etc. — eine ergiebige Quelle abnormer Sensationen und consecutiver hypochondrischer Stimmungs- und Vorstellungsanomalien bildet. Daneben sehen wir aber die „Intention der Vorstellungen“ in der oben gedachten Weise mehr oder weniger deutlich zur Geltung kommen, da die anhaltend erhöhte Aufmerksamkeit,

welche diese Kranken — einerseits infolge der erzwungenen Unthätigkeit nach dem Unfall und der vielleicht zunächst nicht unbegründeten Befürchtung dauernder Gesundheitsschädigungen, anderseits infolge des Bewusstseins, sich bei einem etwaigen Rentenfestsetzungsverfahren über ihre Unfallsfolgen ausweisen zu müssen — naturgemäss ihrem Körper und allen Vorgängen in diesem zuwenden, hier genügt, um mannigfache abnorme Empfindungen hervorzurufen, die dann ihrerseits wieder auf die Vorstellungen entsprechend zurückwirken. Dasselbe lässt sich übrigens auch bei anderen in einem ähnlichen Zustande gestörten gemüthlichen Gleichgewichts befindlichen und gleichzeitig unter ungünstig veränderten äusseren Bedingungen lebenden Individuen oft beobachten, z. B. bei vielen verabschiedeten Offizieren und pensionirten Beamten etc.

Nach dem oben Gesagten kann diese eigenartig veränderte Selbstempfindung aber immerhin nur als eine mehr allgemeine Voraussetzung für die Entstehung hypochondrischer Zustände angesehen werden. Damit die weitere Entwicklung der ursprünglich unbestimmten Besorgnisse und Befürchtungen nun gerade in der besonderen hypochondrischen Richtung erfolge, bedarf es eines weiteren Factors, nämlich einer besonderen persönlichen Veranlagung, welche es bedingt, dass unter sonst gleichen Umständen das eine Individuum hypochondrisch wird, das andere nicht.

Diese Veranlagung, welche auch als das „hypochondrische Temperament" bezeichnet werden könnte, kann, wie schon erwähnt wurde, angeboren sein und sich schon früh in der habituellen Neigung zu ängstlicher Selbstbeobachtung und Ueberschätzung geringfügiger Beschwerden bemerkbar machen. Meist handelt es sich aber um eine erworbene Veranlagung, die dadurch zu stande kommt, dass eine zunächst allgemein nervöse Anlage unter gewissen Umständen dauernd oder vorübergehend die specifisch hypochondrische Modification erleidet.

Dass die Neurasthenie und nach ihr die Hysterie einen vorzugsweise günstigen Boden für die Entstehung und Andauer hypochondrischer Zustände abgibt, kann nach allem Vorstehenden nicht auffällig erscheinen. — Aber auch bei den verschiedensten anderen Psychosen und Neurosen müssen die beiden erwähnten wesentlichen Voraussetzungen für die Entstehung jener wenigstens zeitweise oft genug gegeben sein. In diesem Zusammenhang erscheint es nicht gleichgiltig, dass es gerade die Zeiten der Pubertät im weiteren Sinne und des Klimacteriums oder des Präseniums, also zwei durch physiologische Umwandlungsprocesse besonders charakterisirte kritische Perioden sind, denen anscheinend eine besondere Tendenz zu hypochondrischer Erkrankung innewohnt.

V.

Therapie der hypochondrischen Zustände.

Dem Wesen der hypochondrischen Zustände entsprechend liegt ihre Behandlung ganz überwiegend auf dem psychischen Gebiet. Indessen ergeben sich aus der oben vorgenommenen Absonderung einer accidentellen Hypochondrie doch von vorneherein noch einige besondere Indicationen für das ärztliche Handeln.

Offenbar wird es überall da, wo allgemeine körperliche Störungen die Grundlage der hypochondrischen Empfindungs- und Vorstellungsweise bilden, in erster Linie darauf ankommen, diese Störungen zu beseitigen. Da solche aber nach dem früher Ausgeführten oft genug auch bei der constitutionellen Hypochondrie auslösend mitwirken, wird sich allein aus der Zugehörigkeit des betreffenden Falles zu dieser oder jener der genannten beiden Hauptgruppen nichts Bestimmtes für die Behandlung entnehmen lassen; diese wird vielmehr, wie überall, so auch hier in jedem Falle den besonderen Verhältnissen angepasst werden müssen.

Dabei ist natürlich vorauszusetzen, dass eine vorhergegangene eingehende Untersuchung des ganzen Körpers und seiner Functionen das Vorhandensein irgend eines materiellen Krankheitsprocesses, der geeignet wäre. die „hypochondrischen" Beschwerden zu erklären, ausgeschlossen hat; hier ist insbesondere an die Fälle zu denken, in denen vielleicht jahrelang wegen der anscheinend objectiv nicht begründeten Klagen eine reine Hypochondrie angenommen wurde, bis sich schliesslich ein Leber- oder Magencarcinom, eine organische Gehirnerkrankung etc. als die eigentliche Ursache ergab. Die Unterscheidung kann hier unter Umständen äusserst schwierig sein, wie z. B. in dem oben mitgeteilten Falle (s. S. 21), bei dem die Möglichkeit einer specifischen Gehirnerkrankung nicht ganz ausgeschlossen erscheint.

Fälle dieser Art kommen hier im übrigen nur insofern in Betracht, als unter Umständen auch bei ihnen durch jenes Grundleiden mittelbar ein Zustand allgemeiner körperlicher Schwächung hervorgerufen werden kann, wie wir ihn früher als unmittelbare Folge verschiedenartiger erschöpfender Momente kennen gelernt haben.

In therapeutischer Beziehung handelt es sich hiernach einerseits um alle die Massregeln, welche bei der Neurasthenie zur Anwendung kommen, also körperliche und geistige Ruhe, zweckmässige Regelung der Ernährung, des Schlafes etc., anderseits um die angemessene Behandlung etwa ursächlich in Betracht kommender anderweitiger körperlicher Störungen, insbesondere solcher der Magen- und Darmtätigkeit, der geschlechtlichen Functionen etc. Im einzelnen kann in dieser Beziehung auf die Literatur der Neurasthenie verwiesen werden, vor allem auf das Buch von Binswanger,[1]) in welchem sich sehr eingehende, auf reiche Erfahrung gegründete Anweisungen finden.

Eine gewisse Schwierigkeit erwächst der Behandlung dieser Fälle zuweilen daraus, dass die durch die bestehende Erschöpfung gebotene Ruhe und Unthätigkeit der gleichzeitig bestehenden Neigung zu hypochondrischer Selbstbeobachtung und Verarbeitung der betreffenden Sensationen im allgemeinen nicht nur nicht entgegenwirkt, sondern ihr sogar Vorschub leistet, da diese vielmehr eine vorsichtige Ablenkung erfordert. Diese einander widersprechenden Indicationen machen demnach eine entsprechende Modification des antineurasthenischen Heilverfahrens nothwendig, welche den Kranken möglichst wenig Zeit lässt, sich dem Grübeln über ihren Zustand hinzugeben; dies wird sich im allgemeinen durch eine für den speciellen Fall sorgfältig abgestufte Beschäftigung, die den Kranken ablenkt, ohne ihn zu ermüden, und durch vorsichtig angewendete hydrotherapeutische, gymnastische und andere Proceduren, welche beiden Indicationen genügen, ohne besondere Schwierigkeit erreichen lassen.

Was die im eigentlichen Mittelpunkt der Behandlung stehende Psychotherapie betrifft, so wird auch diese eine streng individualisirende sein müssen. Immerhin lassen sich einige allgemeine Grundzüge für sie aufstellen.

Vor allem muss der Arzt bemüht sein, das Vertrauen dieser Kranken zu gewinnen; denn, wenn irgendwo, so gilt bei den hypochondrischen Zuständen der Satz, dass sie nicht durch die Arznei, sondern durch den Arzt geheilt werden. In dieser Hinsicht ist oft schon der erste ärztliche Besuch entscheidend. Zunächst erwartet der Kranke mit Recht eine gründliche körperliche Untersuchung; noch mehr liegt ihm aber daran, sich über seine subjectiven Beschwerden eingehend aussprechen zu können und, da nicht jeder Arzt das hiefür erforderliche Temperament besitzt, beginnt er zuweilen schon in der ersten Sitzung, an dem Verständnis des Arztes zu zweifeln. Ebenso ungünstig kann es wirken, wenn der letztere dem Kranken, der vielleicht schon die verschiedensten Kuren durchgemacht und die berühmtesten Aerzte erfolglos

---

[1]) l. c., vgl. S. 16.

consultirt hat, von vorneherein zu viel verspricht oder ihn über die Art seines Leidens in einer Weise belehrt, die den Widerspruch des subjectiv schwer Leidenden herausfordert. Viele Hypochonder vertheidigen das schwere Leiden, dem sie sich verfallen wähnen, mit einer gewissen Erbitterung und hören aus einer solchen gutgemeinten Aeusserung den Vorwurf eines „eingebildeten" Leidens heraus, das sie wiederum mit bewusster Verstellung und Uebertreibung identificiren.

Zuweilen wirkt allerdings die auf Grund einer einmaligen gründlichen Untersuchung autoritativ gegebene Versicherung, dass das befürchtete Leiden nicht vorhanden sei, sofort günstig und die Kranken sind wenigstens temporär geheilt. Dies trifft aber verhältnismässig selten und zwar fast ausnahmslos nur in jenen Fällen zu, in denen, wie bei der früher erwähnten Medicinerhypochondrie, nur gewisse Krankheitsbefürchtungen, aber keine eigentlich eingenisteten hypochondrischen Vorstellungen bestehen. In der grossen Mehrzahl der Fälle wirken dagegen solche Versicherungen nur ganz kurze Zeit, wie denn diese Kranken sich überhaupt Fremdsuggestionen gegenüber entweder gar nicht oder nur dann zugänglich erweisen, wenn diese immer wiederholt und durch entsprechende, das Vertrauen der Kranken erweckende, positive therapeutische Massregeln unterstützt werden.

Die Zeiten sind glücklicherweise vorüber, in denen man den hypochondrischen Wahn, einen Frosch oder eine Spinne im Magen, einen Wurm im Halse zu haben etc., durch entsprechende Scheinoperationen heilen zu können glaubte. Die Kenntnis der hier in Betracht kommenden psychisch vermittelten, illusionären und hallucinatorischen Sensationen ist längst Gemeingut der Aerzte geworden, und die Vertreter der operativen Disciplinen befleissigen sich heute dementsprechend diesen Individuen gegenüber einer erfreulicherweise wohl immer zunehmenden Zurückhaltung.

Anderseits kann unter Umständen, und zwar gerade in jenen schweren und hartnäckigen Fällen, die dem ärztlichen Handeln gar keine Angriffsfläche bieten, der Nachweis irgend welcher geringfügiger localer Störungen, wie z. B. einer Magenverstimmung, einer Enteroptose etc., insofern von Werth sein, als es unter ihrer vorsichtigen Benützung zuweilen gelingt, den vielgestaltigen hypochondrischen Vorstellungen des Kranken eine bestimmte, vom Arzt gewollte Richtung zu geben und sie dann durch entsprechende, harmlose therapeutische Massnahmen erfolgreich zu bekämpfen. Dabei muss der Arzt sich nur der Thatsache eingedenk bleiben, dass er hiemit nicht den hypochondrischen Zustand als solchen behandelt, sondern, um mit Möbius[1]) zu reden, gewissermassen nur eine symbolische Handlung vollzieht.

[1]) Möbius, Ueber den Begriff der Hysterie. Neurologische Beiträge, 1894, Heft I, S. 6.

Auch sonst ist das Hauptgewicht bei der Behandlung der Hypochondrie auf eine zielbewusste Ablenkung des Kranken zu legen. Diese kann in manchen Fällen durch Ortsveränderung, Reisen etc. erreicht werden. Die Anstaltsbehandlung, welche bei den anderen geistigen Krankheitszuständen so günstig wirkt, ist dagegen im allgemeinen bei der Hypochondrie nicht angezeigt, weil die unvermeidliche Einförmigkeit des Anstaltslebens die verhängnisvolle Selbstbeobachtung, zudem aber das Zusammenleben mit anderen, zum Theil schwereren Kranken die Entstehung weiterer hypochondrischer Ideen begünstigt. Anders verhält es sich natürlich bei den mit tiefer Gemüthsdepression einhergehenden Fällen, die wegen bestehender suicidaler Tendenzen dauernde Ueberwachung erforderlich machen. Im übrigen kann aber da, wo eine häusliche Behandlung aus irgend welchen Gründen nicht angezeigt erscheint, nur ein offenes Sanatorium in Frage kommen, in dem der andauernde persönliche Einfluss des Arztes im Verein mit angemessener Beschäftigung und Zerstreuung günstige Aufenthaltsbedingungen bietet.

Was die Behandlung im einzelnen betrifft, so wird das Heilverfahren sich je nach der Eigenart des Falles verschieden gestalten. Unter allen Umständen muss dem Kranken von vorneherein die begründete Ueberzeugung beigebracht werden, dass der Behandlung ein bestimmter, wohlerwogener Plan zu grunde liegt, von dem ohne zwingende Ursache nicht abgegangen wird. Dementsprechend wird ein detaillirter Tageszettel entworfen, der die Lebensweise des Kranken für jede Stunde regelt und dessen Einhaltung vom Arzte gewissenhaft controlirt wird.

Im einzelnen kommen Hydro- und Elektrotherapie mit entsprechenden Variationen, ferner Massage, Gymnastik, Spazierengehen, Reiten, Radfahren, eventuell Schwimmen, Tennisspielen, Graben etc. in Betracht, alles genau nach Art und Dauer geregelt und in der Ausführung möglichst oft controlirt. Dabei werden je nach der Art des Falles die zu fordernden Anfangsleistungen höher oder niedriger zu bemessen und Ueberanstrengungen möglichst zu vermeiden sein.

Bei den Kranken, welche infolge andauernder Bettsucht von jeder Thätigkeit entwöhnt und mehr oder weniger willensschwach sind, empfiehlt es sich, mit ärztlich geleiteten Widerstandsbewegungen allerleichtester Art zu beginnen und unter fortwährender Wiederholung entsprechender Suggestionen die Anforderungen ganz allmählich zu steigern. So gelingt es vielfach bei grosser Geduld auch in diesen, ganz besonders schwer angreifbaren Fällen wenigstens Besserungen zu erzielen. Immerhin bleibt eine Reihe von Kranken übrig, die jeglicher Behandlung unzugänglich sind; hierzu gehören insbesondere auch viele Fälle von traumatischer Hypochondrie.

Eine eigentliche medicamentöse Behandlung der hypochondrischen Zustände gibt es nicht. Die Kranken verlangen nach einer solchen auch keineswegs regelmässig, vielfach besteht vielmehr eine ausgesprochene Angst vor den Wirkungen der Medicamente. Von Krankheitserscheinungen, die die Anwendung differenterer Mittel erfordern können, ist die zuweilen vorhandene Störung des Schlafes und die Angst zu nennen. Als Beruhigungsmittel ist das Bromkali zu empfehlen, von Schlafmitteln können Trional oder Veronal mit Vortheil genommen werden. Die Angst kann durch gelegentliche Gaben von Opium (rein oder als Dower'sches Pulver) bekämpft werden, es empfiehlt sich aber, alle diese Mittel nur bei dringender Indication und in grösseren Zwischenräumen zu geben und sich im allgemeinen der Darreichung differenter Medicamente nach Möglichkeit zu enthalten.

Druck von Christoph Reisser's Söhne, Wien V.